E. GILLIÉRON

LE PREMIER ENTRETIEN EN PSYCHO-THÉRAPIE

DUNOD

LE PREMIER ENTRETIEN EN PSYCHO-THÉRAPIE

Dans la même collection

C. MIRABEL-SARRON, B. RIVIERE, *Précis de thérapie cognitive*
E. GILLIERON, *Le premier entretien en psychothérapie*
J.-P. DESCOMBEY, *Précis d'alcoologie clinique*

Edmond Gilliéron

LE PREMIER ENTRETIEN EN PSYCHO-THÉRAPIE

DUNOD

Illustration et maquette de couverture :

Franco Novati

Ce pictogramme mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 3 rue Hautefeuille, 75006 Paris).

© DUNOD, Paris, 1994
ISBN 2 10 00 2017 X

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. La loi du 11 mars 1957 n'autorise, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective d'une part, et d'autre part, que les analyses les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

1
LES FONDEMENTS THÉORIQUES

1. La construction du cadre psychanalytique 13
1.1. L'invention de l'inconscient 14
• La technique cathartique 15
• Les *Études sur l'hystérie* 17
1.2. De la première à la deuxième topique 20
1.3. La fascination métapsychologique 22
• « Au-delà du principe de plaisir » 22
• De l'« Au-delà » à « Analyse terminée - Analyse interminable » 24
1.4. Trois notions-clés 27
• Traumatisme sexuel 28
• Transfert 30
• Résistances 32

2. L'équilibre psychique 35
2.1. La personnalité 39
• Axe interpersonnel 40
• Axe temporel 46

3. Le développement de la personnalité 50
3.1. De la pratique à la théorie 52
3.2. Pour une métapsychologie de l'espace intermédiaire 56
3.3. De l'organisation des désirs et du monde extérieur 58
3.4. Du rôle des parents 60

3.5. De la négation de l'objet parental 63
3.6. Aux origines de la vie fantasmatique 65
3.7. La fantasmatisation secondaire 71
• La fantasmatisation secondaire et l'entourage 75
3.8. À propos du transfert et de l'interprétation 77

2

LE DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE

1. Le cadre de la consultation 83
1.1. Le champ psychothérapeutique 84
1.2. Le cadre institutionnel 86
• Signification thérapeutique du cadre et de ses effets 88
1.3. De la relation et des rôles des partenaires 89
1.4. Le cadre du psychanalyste 90
1.5. Le cadre psychothérapique 92
1.6. Le cadre du premier entretien 94

2. L'investtigation psychodynamique 96
2.1. Anamnèse méthodique 97
2.2. Anamnèse associative 99
• Le patient 99
• Le psychothérapeute 100

3. L'analyse de la demande 105
3.1. Étude des aspects non verbaux 107
• Mode de venue 107
• Informations précédant la rencontre 108
• Premier contact téléphonique avec le patient 111
• Dans la salle d'attente 111
• La présentation 112
• Les affects 114
3.2. Communications verbales : les premières phrases 115

3

LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

1. Le diagnostic d'organisation de la personnalité 125
1.1. L'étayage objectal 126
1.2. Du rôle des fantasmes dans les relations interpersonnelles 129
1.3. Crise et étayage objectal 133
• Les attentes du patient (la démarche) 134
• Les objectifs thérapeutiques 136

2. Psychopathologie de la personnalité 139
2.1. L'objet du désir 141
2.2. De l'organisation des désirs et de l'étayage des pulsions 143
2.3. Classification des troubles de la personnalité 144
• Liés à une défaillance d'élaboration des fantasmes originaires 147
• Liés à une perturbation de la fantasmatisation primaire 147
• Liés aux avatars de la fantasmatisation secondaire 147
2.4. Importance du contre-transfert par le diagnostic 148
2.5. Psychopathologie de la personnalité 148
• À l'aube de la mentalisation : une patiente psychosomatique 149
• À l'aube de la pensée : un patient prépsychotique 150
• L'autre comme objet partiel et le déni de la loi du père 152
• La reconnaissance de l'autre et le conflit interne : la névrose 153

4

LA DÉMARCHE CLINIQUE

1. Le premier entretien et ses écueils 157
1.1. Effets de cadre 160
• Le cadre théorique 160
• Ses conséquences 161
1.2. Relation thérapeutique et étayage objectal 164
• La relation avant le cadre 165
• Utilisation défensive du contre-transfert du psychothérapeute 165
• Un essai d'interprétation différente 168
1.3. Rôle du patient, rôle du psychothérapeute 169
1.4. Analyse transitionnelle et étayage objectal 171
• Interprétations 178

2. La consultation du psychothérapeute 180
2.1. Au carrefour psychothérapie-médecine somatique 180
2.2. Le cadre psychanalytique 183
2.3. La motivation 184
2.4. La relation patient-psychothérapeute 186

3. Les interventions psychothérapiques brèves 188
3.1. Relation thérapeutique et changement psychique 191
3.2. Équilibre psychique et relation d'objet 194
• Relation d'objet, relation thérapeutique et interventions initiales 194
• Interprétation initiale 195

3.3. Interventions psychothérapiques brèves 196
• Les séances 196
• Un exemple 197

4. intervention en quatre séances 200
4.1. Première séance 200
• Construction de l'hypothèse initiale 201
• Premières hypothèses, premières interventions 202
• Début de l'interprétation 204
• Interprétation initiale 205
4.2. Deuxième séance 207
4.3. Troisième séance 209
4.4. Quatrième séance 210
4.5. Bilan 211

5. Formation à la technique du premier entretien 213
5.1. La formation à l'approche psychothérapique 214
5.2. La formation à l'approche psychanalytique 217
• Formation et inconscient 217
• La condition de l'élève 218
• Formation psychothérapique et psychanalyse personnelle 220
• Pratique psychothérapique et formation 220
• Théorie et formation 220
• Groupes de discussion 222

Annexe : questionnaire sur le premier entretien 229

Bibliographie 235

Index 239

INTRODUCTION

Cet ouvrage se fonde sur l'étude systématique des relations thérapeutiques des patients examinés et traités au cours de ces vingt dernières années, dans un service universitaire de psychiatrie extra-hospitalière[1].

L'orientation générale du service est psychanalytique. Les thérapeutes qui y travaillent ont des formations très diverses et les patients qui le consultent appartiennent à l'ensemble des catégories diagnostiques. Le tableau suivant en donne un aperçu.

Nous voyons que les troubles psychotiques (schizophréniques : 7 % ou dépressifs : 7 %) ne représentent qu'une faible minorité, alors que les troubles d'apparition récente (troubles réactionnels, 35 %), les troubles névrotiques ou états-limites, 19 %, ainsi que les troubles psychosomatiques (au sens large du terme, à savoir plaintes somatiques avec ou sans lésion organique), 9 %, représentent la grande majorité des catégories diagnostiques. Comme c'est chez ces dernières que les mesures psychothérapiques se sont révélées les plus efficaces, leur intérêt s'avère capital en psychiatrie générale.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence le fait que la majorité des prises en charge ne dure guère plus de cinq séances, ce qui rejoint les observations faites dans des services de même orientation

1. Policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne.

(voir plus loin). Ceci indique donc aussi combien est importante la mise au point de *techniques d'interventions initiales efficaces* pour les patients souffrant de difficultés psychologiques.

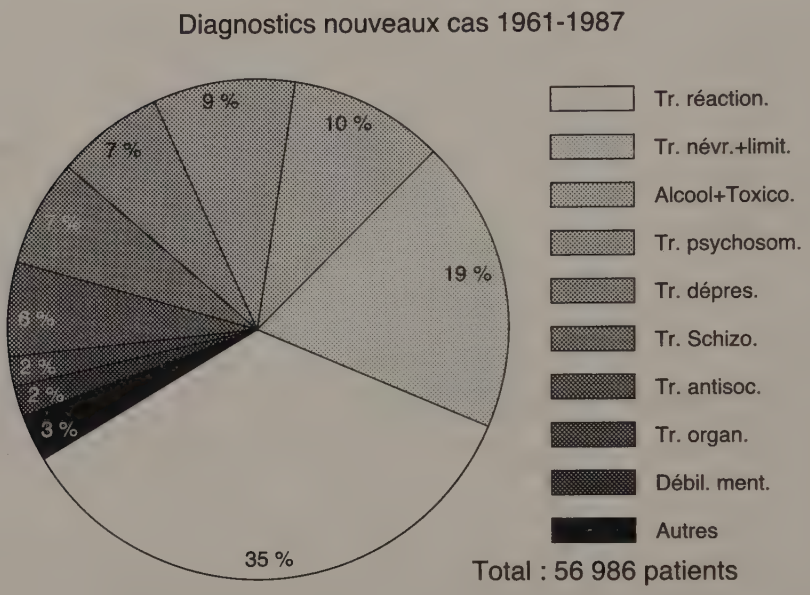


Tableau 1.

Le but de cet ouvrage est donc de fournir :

– des points de repères pour un *diagnostic psychodynamique* précoce précis ;
– des *principes techniques d'interprétation rigoureux* favorisant soit une amélioration psychique rapide, soit l'entrée dans un processus psychothérapique psychanalytique de brève ou de longue durée.

Toutes les idées développées l'ont été sur une base expérimentale, la recherche portant sur les *possibilités d'application de la pensée psychanalytique à la psychiatrie générale*. On s'est demandé comment la psychanalyse naît et renaît dans une relation thérapeutique et quels en sont les effets.

Les moyens d'investigation utilisés sont :

– le compte rendu verbal d'entretiens ou de relations thérapeutiques,
– l'observation directe d'entretiens derrière un miroir sans tain,
– l'analyse d'enregistrements sur vidéocassettes de premiers entretiens ou de séances psychothérapiques.

Les formes de relations étudiées sont multiples :

– *premiers entretiens* :

- relation entre un thérapeute expérimenté et son patient,
- relation entre un étudiant sans formation et un patient,
- relations d'un groupe de patients et un ou deux thérapeutes,
- relations entre une famille ou un couple et un ou deux thérapeutes ;

– *processus psychothérapique* :

- relation individuelle en face à face,
- relation individuelle dans la cure-type,
- relation groupale ou familiale,
- relation limitée dans le temps,
- relation sans limite temporelle.

La comparaison de ces différentes formes de relations avait pour but de mettre en évidence leurs différences et leurs similitudes.

Des rapports entre la théorie psychanalytique et la technique

Il est impossible de traiter un patient sans référence à un modèle théorique qui, de façon implicite ou explicite, veut expliquer l'*étiologie* des troubles ou de la maladie. Parfois il ne décrit que les *mécanismes* conduisant au symptôme, sans en déterminer clairement la cause. Tel est le cas, par exemple, de nombreuses maladies neurologiques dont les lésions sont bien connues mais dont l'origine exacte échappe au médecin. On pourrait d'ailleurs ajouter que la grande majorité des symptômes d'étiologie connue peuvent aussi être déclenchés par des facteurs encore inconnus (troubles idiopathiques). La psychanalyse, quant à elle, se trouve encore dans la situation d'une science capable de décrire avec précision certains mécanismes pathologiques sans en connaître les causes exactes.

La pratique psychanalytique classique est bien connue : le patient, couché sur un divan, exprime ses fantasmes les plus intimes ; le psychanalyste, confortablement installé dans un fauteuil, laisse flotter son attention et ne fait que quelques rares interventions, visant à éclairer le patient sur la signification cachée de ses angoisses. Quant à la théorie psychanalytique, elle a évolué au cours du temps et a influencé, à son tour, la pratique. Dans un premier temps, Freud avait cru pouvoir localiser la cause des troubles hystériques dans un trau-

matisme infantile, mais, par la suite, il a dû renoncer partiellement à cette hypothèse pour se pencher progressivement sur l'étude des mécanismes psychiques de formation des symptômes.

Cette évolution théorique est en étroit rapport avec une modification des techniques thérapeutiques : de la technique cathartique (hypnose), qui visait à permettre une décharge émotionnelle par la mise en évidence d'un traumatisme initial, Freud est passé à l'analyse des résistances et des mécanismes de défense, portant ainsi le regard sur le fonctionnement psychique. Ce déroulement n'est pas sans avoir eu des répercussions sur la pensée psychanalytique qui, pendant des décennies, s'est essentiellement intéressée au développement d'une théorie du fonctionnement psychique (métapsychologie) au détriment de recherches plus cliniques. L'effet malheureux de cette orientation fut que les questions concernant les aspects thérapeutiques de la psychanalyse ont été passablement négligés, si ce n'est dénigrés : on voulait « *comprendre* » et non plus « *soigner* ».

Notons encore que la psychanalyse s'est aussi laissée prendre au piège d'une théorie, qui est celle de l'*intemporalité des processus inconscients* : si l'allongement inconsidéré de certaines cures psychanalytiques a bien posé quelques problèmes, il a toujours fini par être rapporté à la « compilation » de certains processus psychiques et non à la technique du psychanalyste.

Ainsi, en ce qui concerne les rapports entre la technique thérapeutique et la théorie, on voit que Freud, confronté à certaines difficultés dans le traitement de ses malades, a progressivement modifié sa technique : il est passé de l'hypnose à la libre association, de l'analyse des contenus des associations (analyse de contenu) à l'analyse des résistances. Cette évolution s'est accompagnée d'une progressive transformation de la théorie. Mais, par ailleurs, la théorie a aussi influencé la pratique thérapeutique, puisque, à un certain moment, c'est elle qui a pris le pas sur les recherches techniques.

Variations techniques

Cependant ce mouvement ne fut pas universel ; à la suite de S. Ferenczi (1919), dont les prises de position n'ont pas été sans provoquer passablement de controverses (Haynal, 1987), tout un courant s'est intéressé de plus près à la question des variations techniques. Parmi les auteurs les plus connus, on trouve : French et Alexander (1946) et M. Balint (1952). Ces auteurs se sont intéressés aux possibilités de rendre plus efficaces ou de raccourcir les traitements, ce qui a conduit au développement de diverses formes de psychothéra-

pies psychanalytiques brèves : D. Malan (1962), P. Sifneos (1972), ou nous-mêmes (1983, 1989), etc. D'autres auteurs, parmi lesquels W. Bion (1961) ou, plus près de nous, D. Anzieu (1982), se sont penchés sur la dynamique des groupes. Mais on pourrait dire que l'ensemble de ces recherches introduit un questionnement sur la relation thérapeutique et sur le statut de l'objet (objet du désir du sujet) en psychanalyse (relation d'objet). Cette notion de relation d'objet prend des sens très différents selon les auteurs, par exemple M. Klein (1940), M. Balint (1949), M. Bouvet (1960), Spitz (1955), Jacobson (1964), Fairbain (1952), D. Winnicott (1954), Otto Kernberg (1972). Ces études sont excellemment analysées dans un ouvrage récent de B. Brusset (1988).

Variations théoriques

Parallèlement, en ce qui concerne spécifiquement la cure psychanalytique à proprement parler, on en vient à compléter la notion de névrose de transfert en introduisant celle de *processus psychanalytique* : il n'est plus question d'analyser essentiellement la névrose de transfert, mais aussi et surtout les processus psychiques qui se déroulent dans le temps de la cure. Ce qui revient à dire que le psychanalyste cherche à mettre en évidence les moyens défensifs utilisés par le patient pour se protéger contre les angoisses réveillées par certaines pensées ou images apparaissant dans le cours de ses associations. Comme l'apparition de ces images ou pensées est fortement mobilisée par la situation très particulière dans laquelle se trouve le patient en psychanalyse, ceci allait, en toute logique, conduire à un questionnement sur le cadre spatio-temporel à l'intérieur duquel se déroule le processus (J. Bleger, 1967 ; J.-L. Donnet et A. Green 1973).

Perspectives générales de l'ouvrage

Loin de nous l'idée de discuter l'ensemble des travaux mentionnés ; nous avons simplement voulu relever la tension existant entre la pratique et la théorie et combien l'une se nourrit de l'autre. Dans notre étude des psychothérapies psychanalytiques, plus particulièrement des psychothérapies brèves et des psychothérapies familiales, nous avons adopté une démarche résolument expérimentale (Gilliéron, 1983, 1975).

Notre principe fondamental est de toujours maintenir un lien étroit entre l'observation clinique et la théorie. Ainsi, on peut considérer la psychanalyse comme un processus spécifique se déroulant à l'intérieur d'un cadre donné ; de même, les psychothérapies consistent en un processus spécifique se déroulant à l'intérieur d'un autre cadre. En ce qui concerne la littérature scientifique, les différentes conceptions théoriques des auteurs ont été soumises au regard critique de la clinique.

Tout questionnement au sujet de la psychothérapie devrait toujours porter sur la *relation* thérapeutique et sur le *cadre* à l'intérieur duquel cette dernière se développe. Il s'agit de déterminer en quoi une relation interpersonnelle peut devenir thérapeutique et de quelle nature sont les changements qu'elle peut provoquer.

La psychanalyse a toujours peiné à répondre à ces questions, au point que l'on en est arrivé à dire que là n'est point l'objet de la psychanalyse ; que la théorie psychanalytique veut donner un modèle cohérent du fonctionnement psychique, mais que son but n'est pas la thérapie en soi ; que si la guérison arrive, elle n'est qu'un supplément (la guérison du symptôme arrive « de surcroît »). Cette attitude nous a toujours paru peu honnête en ceci qu'elle néglige le fait que la psychanalyse est issue d'une recherche thérapeutique et que la presque totalité des personnes ayant consulté les psychanalystes ont été des patients, qui souffraient de symptômes pénibles. Il est vrai qu'à l'heure actuelle la psychanalyse devient de plus en plus une forme de « science » s'adressant à des personnes qui, elles-mêmes, deviendront des psychanalystes formant d'autres psychanalystes...

Pour notre part, nous avons toujours refusé ce point de vue et nous avons centré tous nos efforts sur la recherche des effets thérapeutiques de la psychanalyse. En cela, nous suivions la voie ouverte par Ferenczi, Balint, qui, eux aussi, se sont penchés sur différentes formes de thérapeutiques.

Nous pourrions résumer en cinq points les étapes de notre réflexion.

1. Toutes les recherches portant sur les résultats thérapeutiques des psychothérapies psychanalytiques montrent qu'il est possible d'obtenir d'importants changements dans des temps souvent particulièrement brefs. À l'opposé, comme Freud l'avait déjà constaté, il semble que certaines cures soient interminables ; or cette interminabilité ne semble due ni à l'incompétence du psychanalyste, ni à la gravité des troubles psychiques. Ceci nous a incité à réfléchir à l'influence du cadre temporel sur le fonctionnement psychique. Nous avons donc admis comme hypothèse de travail (ce que toutes les

observations cliniques démontrent) que la *dimension temporelle proposée au patient n'est pas sans influence sur les processus inconscients*, même si ceux-ci sont intemporels : on peut introduire la temporalité dans l'intemporalité ou, plus simplement, entrer en conflit avec l'intemporalité de l'inconscient ; à l'opposé, il peut aussi y avoir un phénomène de résonance entre l'absence de limite temporelle du dispositif et l'intemporalité de l'inconscient. En ce dernier cas, l'interminabilité de la psychanalyse pourrait être en partie due à un arrangement collusoire.

2. Certains patients ne supportent pas la situation divan-fauteuil et il arrive aussi que, dans des situations particulières, les psychanalystes proposent eux-mêmes un certain nombre de séances en face à face ; par ailleurs, la totalité des psychothérapies brèves inspirées de la psychanalyse se déroulent en face à face. Cette constatation nous a incité à nous intéresser aux *aspects non verbaux* des relations interpersonnelles et à leur rapport à l'inconscient. Des auteurs tels qu'A. Scheflen (1973) ou D. Morris (1977) fournissent d'inestimables informations à ce sujet, alors qu'il n'a pratiquement pas été étudié par les psychanalystes. Ceux-ci se comportent d'ordinaire en face à face comme s'ils se trouvaient en situation psychanalytique classique.

3. Certaines manifestations psychologiques, telles que la recherche d'un sauveur ou d'un bouc émissaire, semblent caractéristiques des situations *groupales*. Nous avons montré que ces phénomènes, qui traduisent un besoin de lutte contre l'angoisse ou la culpabilité, semblent, sous certaines formes (religieuse, par exemple), naturelles alors qu'elles sont hautement pathologiques si elles sont le fait de l'*individu* isolé (mégalomanie du schizophrène ou autodestruction du mélancolique) (Gilliéron, 1980, 1984).

Ce simple fait nous a convaincu qu'il convient de toujours rapporter les manifestations psychiques observées aux conditions de ladite observation. Tel ou tel comportement n'aura pas la même signification s'il a lieu dans une relation duelle ou groupale, dans le bureau du thérapeute ou en société. Il s'agit là d'un truisme malheureusement trop souvent oublié par les psychothérapeutes. Ces diverses constatations nous ont donc poussé à porter notre attention sur ce que nous dénommons « *effets de cadre sur le fonctionnement psychique* » (Gilliéron, 1992). Ces effets de cadre sont particulièrement visibles lorsque le patient est confronté à un changement de cadre : début ou fin d'une psychothérapie, début ou fin d'une séance psychothérapique, début ou fin de vacances, changements fortuits tels qu'absence inopinée ou même retard du psychothérapeute, etc.

De tous les changements de cadre, le plus marquant est le premier entretien avec le psychanalyste. Le patient quitte le cadre de la vie

courante pour entrer dans le champ thérapeutique ; il perd son statut d'homme « normal » pour endosser celui de « malade ». C'est là ce qui, au fil des années, nous a engagé à nous intéresser de plus en plus au *premier entretien comme changement de cadre*.

4. Les recherches sur les résultats des psychothérapies fournissent un certain nombre de données intéressantes :

- toutes insistent sur le fait que le nombre de traitements se poursuivant au-delà de dix séances est très faible, la moyenne générale se situant aux environs de cinq séances ;
- la majorité mettent l'accent sur l'importance des motivations initiales (attentes générales) des patients, plus encore que sur celle de motivations plus spécifiques telles que les motivations « à l'*insight* » (Malan) ou « au changement » (Sifneos) (Bergin et Gonfield, 1986) ;
- à cette notion, les spécialistes en psychothérapie brève ajoutent celle de *focalisation*, à savoir la possibilité de rapporter les troubles du patient à une *hypothèse psychodynamique simple* sur laquelle on puisse centrer l'activité du psychanalyste (Malan, 1976 ; Sifneos, 1987). La focalisation semble avoir des effets positifs sur les résultats. Au contraire de D. Malan ou P. Sifneos, qui précisent que la notion de focalisation concerne le thérapeute et celle de motivation le patient, nous nous sommes interrogé sur les *capacités de focalisation du patient lui-même* (Sifneos, 1987 ; Michel, Peter et Gilliéron, 1983). Nous avons pu constater que, quelle que soit sa problématique, le patient suit une voie associative très rigoureuse, même si on ne lui donne comme consigne initiale que la règle des libres associations. Il ne s'agit donc, pour le psychanalyste, que de comprendre la nature de ce lien associatif (lien de résistance, remémoration, etc.). Mais, fait le plus intéressant, cette focalisation spontanée peut toujours être rapportée aux problèmes qui avaient motivé la demande de consultation du patient. Ainsi, *focalisation et motivation* (au sens de motifs inconscients de la demande initiale du patient) peuvent être reliées, si l'on porte le regard sur le *premier entretien*.

À notre avis, la distinction établie entre motivation et focalisation tient au fait que les psychanalystes ont cherché à mettre en évidence des motivations spécifiques (*insight*, désir de changer opposé aux bénéfices secondaires de la maladie) pour un processus spécifique et ne se sont pas contentés d'examiner l'ensemble des facteurs conduisant un patient à la consultation du psychiatre. Ils ont recherché les motivations correspondant au type de traitement proposé, et non les motivations correspondant aux changements recherchés par le patient consciemment ou inconsciemment.

Pour notre part, l'étude des possibilités de focalisation nous a conduit à nous intéresser aux désirs de changement du patient, à ce qui l'a poussé à consulter un psychothérapeute. Une fois encore, cet aspect est particulièrement visible lors du premier entretien, où l'on peut dire, en toute logique, que le patient focalise ses attentes.

5. Nos études des premières consultations en psychiatrie ont montré que, dans la grande majorité des cas, elles sont motivées par une *crise* soit « relationnelle » (conflits divers), soit « organique » (détérioration organique quelconque), soit « intrapsychique » (épuisement d'un système de défense). De fait, elles sont provoquées par un déséquilibre survenant dans l'organisation de la personnalité. Cette constatation nous a donc déterminé à repenser la question des constituants de l'organisation de la personnalité et à développer une théorie de l'*étayage objectal* du fonctionnement psychique, car l'équilibre psychique se fonde sur un double appui : biologique et environnemental. L'étayage objectal peut décrire comment le sujet prend appui sur son entourage affectif pour maintenir son équilibre psychologique.

Tel est donc l'ensemble des problèmes qui seront abordés dans cet ouvrage.

Dans une première partie, nous décrirons les conceptions théoriques fondamentales sur lesquelles se fonde notre activité diagnostique et thérapeutique. Après avoir évoqué quelques aspects de l'évolution de la pensée de Freud s'efforçant de délimiter le champ psychanalytique, nous évoquerons la question des différents facteurs participant à *l'équilibre psychique et à l'organisation de la personnalité*. Cette discussion est d'importance primordiale pour qui s'intéresse à la spécificité du premier entretien psychothérapique.

Nous esquisserons enfin un modèle du développement psychique situant la psyché entre le corps et l'environnement. Ce modèle est issu de nos recherches sur le processus psychothérapique et les traumatismes de l'enfance. Il nous aide beaucoup dans l'appréhension du premier entretien.

Dans la deuxième partie, nous étudierons certains des éléments dynamiques fondamentaux du premier entretien : le cadre de la consultation et la relation patient-psychothérapeute. Nous décrirons ensuite les principes de notre technique d'entretien avant de donner certains points de repères utiles pour l'observation clinique. Nous terminerons par la mise en évidence des facteurs dynamiques spécifiques du premier entretien en rapport avec l'organisation de la personnalité. Nous parlerons des situations de crise conduisant le patient à la consultation et de leurs effets sur la relation thérapeutique initiale. Nous donnerons quelques éléments de notre théorie de

l'étayage objectal du fonctionnement psychique pour en montrer l'utilité lors du premier entretien.

La troisième partie de l'ouvrage est beaucoup plus clinique et veut illustrer les principes développés précédemment. Nous commencerons par évoquer la question de la psychopathologie de la personnalité et des problèmes de classification. Nous donnerons quelques exemples de l'attitude spécifique des patients, selon l'organisation de leur personnalité, lors des premières minutes de l'entretien. Ensuite, pour mieux préciser notre position par rapport à d'autres auteurs, nous analyserons quelques cas cliniques de premiers entretiens décrits dans la littérature.

La quatrième partie sera consacrée à la description clinique de la démarche que nous adoptons lors du premier entretien. Un chapitre, rédigé essentiellement à l'intention du débutant, suit, pas à pas, la démarche du psychothérapeute lors d'une consultation. Les deux chapitres suivants décrivent les principes de notre technique de prise en charge initiale en quatre séances, avec un exemple clinique détaillé.

Nous terminerons par l'évocation des questions de formation.

Première partie

LES FONDEMENTS THÉORIQUES

1. LA CONSTRUCTION DU CADRE PSYCHANALYTIQUE

L'orientation de cet ouvrage est psychanalytique ; plus exactement, il s'agit de l'adaptation de la pensée psychanalytique à la situation très particulière du premier entretien. Il semble donc important de comprendre la spécificité de la pensée freudienne par rapport à d'autres courants de la psychiatrie. Plus particulièrement, il s'agit de voir comment Freud en est arrivé à construire le *cadre psychanalytique* (cadre de la cure) et le modèle de l'appareil psychique. Pour ce faire, on doit comprendre les obstacles qu'il a rencontrés dans sa démarche et les solutions qu'il a trouvées pour les surmonter. Ces obstacles ont toujours été de deux ordres : le roc de la biologie et les résistances de ses patients. C'est ce que nous nous proposons de montrer dans ce chapitre, sans prétendre faire une exégèse de l'œuvre freudienne. Notre démarche ne consiste donc pas à suivre uniquement l'évolution des idées de Freud et de ses successeurs, mais porte sur le rapport entre les idées et le contexte de leur surgissement. Elle vise à montrer comment Freud cherche à résoudre des problèmes en recourant au même modèle théorique, celui de « *l'appareil psychique* ».

Il est indispensable, à l'heure actuelle, de soulever la question non seulement des effets du dispositif (spatial et temporel) de la cure analytique sur les phénomènes observés, mais encore de l'impact de certains événements sur la pensée (modèle théorique). Car à notre sens

l'articulation entre réalité externe et réalité interne (qui concerne le processus de mentalisation) est encore bien mal connue en dépit des efforts faits en cette direction.

1.1. L'invention de l'inconscient

Avec l'apparition des civilisations urbaines, au cours du quatrième millénaire avant J.-C., on voit se dessiner les prémisses d'une approche « scientifique » des maladies et la naissance des professions médicales. Les symptômes sont alors attribués à des causes « naturelles » et non plus « surnaturelles ». Cette évolution trouve son aboutissement au cinquième siècle avant J.-C., chez Hippocrate, que l'on considère comme le père de la médecine moderne. Les troubles psychiques n'échappent pas à ce mouvement et les plus prononcés d'entre eux sont attribués, par Hippocrate, à des causes naturelles (excès de « bile noire » chez le mélancolique, migration de l'utérus chez l'hystérique, etc.). Toutefois, cette approche « scientifique » ne s'est pas entièrement substituée à l'approche « subjective » des anciens guérisseurs et, jusqu'à nos jours, deux formes de thérapies continuent à être pratiquées : les thérapies médicales fondées sur des critères scientifiques et les thérapies « parallèles » (comme on les dénomme aujourd'hui) fondées sur des critères subjectifs.

La psychanalyse est issue d'un courant opposé qui, au contraire, se fonde essentiellement sur la subjectivité. Sa naissance est marquée par l'invention du *modèle de l'inconscient*. Cette invention s'est faite au prix d'un double détachement :

- de la *réalité externe* : les troubles psychiques sont rapportés au fonctionnement intrapsychique et non à l'éventuel traumatisme provoqué par l'entourage ;
- de la *neurophysiologie* : l'origine des troubles psychiques n'est plus rapportée à une atteinte neuro-anatomique quelconque.

La psychanalyse est ainsi devenue une théorie de l'*intrasubjectivité* et la cure psychanalytique s'est essentiellement fondée sur la notion d'*intersubjectivité*. Ceci revient à dire que tous les phénomènes humains sont examinés au travers d'une lunette essentiellement subjective : le sujet dont s'occupe le psychanalyste est le centre d'un univers qu'il est seul à connaître vraiment, puisqu'il l'a construit lui-même. Pour accéder à ce monde, le psychanalyste se fonde sur sa propre subjectivité, il raisonne par analogie (on parle « d'identification ») et le terme d'intersubjectivité est utilisé pour décrire la rela-

tion du psychanalyste avec son patient. Ceci revient à dire que la réalité psychique de l'autre est inconnaissable ; tout au plus peut-on l'approcher, pour autant que l'on crée les conditions propres à la révéler (donner le maximum d'espace à l'autre et s'effacer soi-même). C'est la fonction du dispositif de la cure (*setting*) que de fournir ces conditions. Il n'en demeure pas moins que les interprétations du psychanalyste, fondées sur les associations du patient, gardent un caractère aléatoire. Toutes les études sur le sujet mettent en évidence la grande difficulté des psychanalystes à s'accorder sur une interprétation d'un « matériel » donné. Même dans le domaine plus précis des mécanismes de défense, les psychanalystes n'arrivent guère à se mettre d'accord (Vaillant, 1992).

De ce fait, on peut s'interroger sur la valeur de la notion d'intersubjectivité. Ne serait-il pas plus fructueux de considérer les processus psychiques comme des manifestations spécifiques résultant de conditions spécifiques ? C'est l'option que nous avons choisie.

Nous chercherons à montrer ici comment Freud en est arrivé à la délimitation d'un appareil psychique essentiellement subjectif. Pour ce faire, il a été contraint de dégager le modèle de l'appareil psychique de ses composantes tant biologiques qu'environnementales.

1.1.1. La technique cathartique

Freud, homme des « neurosciences », s'intéresse réellement à la psychopathologie peu avant son passage dans le service de Charcot (octobre 1885 - février 1886). Lorsqu'il renonce partiellement à une carrière d'homme de laboratoire pour ouvrir un cabinet privé, en 1886, il traite ses patients névrosés, selon les méthodes de l'époque (électrothérapie, physiothérapie, etc.), pendant près d'un an. En décembre 1887, il se met à utiliser la suggestion hypnotique, technique qu'il pratiquera jusqu'en 1890 environ. C'est alors seulement qu'il adopte la technique cathartique de Breuer qui marquera l'avènement de la psychanalyse. J. Breuer et S. Freud décrivent cette technique en ces termes (Freud et Breuer, 1956) :

> « Une observation fortuite nous a amenés à rechercher, depuis quelques années déjà, dans les formes et les symptômes les plus divers de l'hystérie, la cause, l'incident, qui a, pour la première fois et souvent très loin dans le passé, provoqué le phénomène en question. Dans la plupart des cas, un simple examen clinique, si poussé soit-il, ne réussit pas à établir cette genèse, en partie d'abord parce qu'il s'agit souvent d'un événement dont les malades n'aiment pas parler et surtout parce qu'ils en ont réellement perdu le souvenir et qu'ils ne soup-

çonnent nullement le rapport de cause à effet entre l'incident motivant et le phénomène. Il est généralement nécessaire d'hypnotiser et d'éveiller ensuite, pendant l'hypnose, les souvenirs de l'époque où le symptôme fit sa première apparition. C'est ensuite seulement que l'on réussit à établir de la façon la plus nette et la plus convaincante le rapport en question. »

La technique cathartique repose sur une théorie du traumatisme psychique. Cependant, d'un point de vue dynamique, elle marque déjà un tournant dans la relation médecin-malade. Dans la suggestion hypnotique, le médecin jouait un rôle actif et le patient se soumettait à sa volonté. On lui suggérait, sous hypnose, de renoncer à son symptôme dans la technique cathartique. On sait dans l'exploration de son passé que les rôles commencent à s'inverser.

Cet événement a eu des conséquences considérables en ceci qu'il a permis d'*inverser totalement le raisonnement médical habituel*. Aux XVIII^e^ et XIX^e^ siècles, selon le modèle biomédical, on considérait que l'origine des troubles psychiques se situait dans une cause organique, lésion cérébrale ou dysfonction neurophysiologique que le médecin s'efforçait de déceler. Freud, en laissant au patient l'initiative, en arrivera à se détourner du courant objectiviste et à se rattacher au courant subjectiviste, ce qui lui permettra d'inventer une anatomie de la « subjectivité » (le modèle de l'inconscient) dont seuls les *effets* peuvent être objectivés (les symptômes). Les troubles psychiques seront alors rapportés à un *dysfonctionnement intra-subjectif* et seules les résistances au changement seront encore attribuées à des facteurs organiques (constitution, viscosité de la libido, etc.).

Cette évolution vers une conception de plus en plus intrasubjective des choses s'accompagnera d'un mouvement d'allongement des cures avec un approfondissement certain de nos connaissances des mécanismes psychiques ; mais elle conduira aussi à une impasse thérapeutique. Nous savons maintenant que l'allongement démesuré d'une cure n'est pas gage de succès et il faut bien dire que la psychanalyse n'est plus considérée comme le moyen thérapeutique idéal de la majorité des troubles psychiques, contrairement aux espoirs des premiers psychanalystes.

De fait, la volte-face opérée par Freud contenait en germe les limites de l'approche psychanalytique dans la mesure où elle permit à certains de se désintéresser totalement du rôle actif joué par le psychanalyste dans la cure et du rôle éventuel des facteurs biologiques ou environnementaux dans l'éclosion des troubles psychiques. Or ces deux derniers facteurs sont fondamentaux dans le fonctionnement psychique. Par exemple, l'angoisse, qui, de fait, est à l'origine de la créativité de l'homme, est une manifestation bio-psychologique

résultant de difficultés issues des rapports à l'environnement : l'angoisse apparaît en réponse à un signal de danger ; or ce signal a toujours affaire avec l'entourage. L'influence de l'autre est d'ailleurs manifeste dans l'évolution de la pensée de Freud : si ce dernier a été conduit à modifier sa théorie, c'est qu'il y a été contraint par ses patients.

1.1.2. Les Études sur l'hystérie

Freud a dit des *Études*, en 1908, qu'elles contenaient « en germe tout ce qui s'est ultérieurement ajouté à la théorie cathartique ». C'est l'un des rares ouvrages où l'on ait l'occasion de voir simultanément l'évolution d'une pratique et d'une théorie. Nous examinerons les modifications qu'il a apportées à la technique d'intervention en rapport au modèle théorique du traumatisme et les circonstances dans lesquelles il a mis en place le cadre psychanalytique. Nous en discuterons les effets sur la dynamique de la relation thérapeutique et les rapports à la théorie psychanalytique.

■ *Aspects théoriques*

Les *Études* sont donc la description clinique, accompagnée de considérations théoriques, de cinq cas de femmes souffrant de troubles hystériques, traitées par la méthode cathartique, l'une par Breuer, les quatre autres par Freud. C'est là que l'on voit appliquées les idées déjà présentées dans la « Communication préliminaire » (1892) et surtout dans le remarquable article de 1894, « Les psychonévroses de défense », selon lesquelles le névrosé « souffre de réminiscences ». On sait que, dès 1889 environ (deuxième lettre à Fliess), Freud avait admis que les affections névrotiques n'étaient pas entièrement organiques mais pouvaient avoir une origine psychique, le modèle du cerveau n'étant donc plus essentiellement neurologique, mais défini comme une zone emplie de contenus psychiques. À l'époque des *Études*, il considérait que « la cause » de la névrose se situait dans un *traumatisme psychique* subi à une période plus ou moins précoce, traumatisme laissant des traces susceptibles de demeurer longtemps cachées, mais réactivées à certains moments particuliers de l'existence. En fin d'ouvrage il précisera d'ailleurs : traumatisme *sexuel*. On peut schématiser ainsi cette idée centrale du traumatisme : un événement *externe*, ayant affaire à la vie sexuelle et survenant plus ou moins précocement dans la vie d'un individu, confronte ce dernier à des émotions inconciliables et crée un conflit

au sein de sa vie idéationnelle. Le Moi de l'individu, pour se défendre de ce conflit, traite l'idée comme « non arrivée ». Pour ce faire, il prive l'idée (ou sa représentation) de sa charge affective. L'idée, ou les traces mnémoniques de l'expérience traumatique, restent là fixées à jamais, mais peu dangereuses pour le Moi. Par contre, la somme d'excitations (l'affect) qui a été détachée doit être consacrée à un autre usage ; c'est ce que Freud appelle : « la conversion de l'émoi en innervation somatique » (*op. cit.*, p. 96) ; cette conversion aboutit aux symptômes classiques de l'hystérie. Ainsi en quelque sorte la source de la névrose est-elle une blessure d'origine *externe* laissant une cicatrice psychique. Dans la « communication préliminaire », Freud et Breuer définissent ainsi les conditions propres à une situation pathogène :

- les patients, pour des raisons *externes*, n'ont aucune possibilité de réagir (perte d'un objet aimé, situation sociale rendant la réaction impossible ou quelque chose que l'on veut intentionnellement oublier) ;
- les conditions *psychiques* du sujet, au moment où l'événement a lieu, ne lui permettent pas de réagir.

Freud établit donc un rapport de causalité entre un traumatisme externe et la psychopathologie. Ce traumatisme est causé par une tentative de séduction sexuelle de l'enfant ou de l'adolescent par un proche. On voit pourtant d'emblée qu'il porte son intérêt sur les conditions de métabolisation du traumatisme par le sujet. S'il désigne deux catégories d'obstacles à cette métabolisation, l'une « externe » (les circonstances) et l'autre « interne » (les conditions psychiques du sujet), il accorde peu d'attention à la question des « conditions externes », mais s'intéresse avant tout à ce qui se passe chez le sujet, à savoir ce qu'il appelle « les conditions psychiques du sujet ».

■ *Aspects techniques*

En raison de la théorie du traumatisme, le thérapeute a pour tâche de faire le chemin inverse de la pathogénie des symptômes, à savoir : relier l'affect fixé sur un organe externe (conversion somatique) à la représentation du traumatisme originel, représentation qui, jusqu'alors, était demeurée cachée (inconsciente). Dans les conditions meilleures où se trouve le patient au moment du traitement (plus grande maturité qu'à l'époque du traumatisme originel, soutien par le médecin, etc.) ceci devrait permettre une *décharge émotionnelle* (catharsis), c'est-à-dire la réaction adéquate qui aurait dû avoir lieu en son temps, si cela avait été possible au patient. Une telle réaction serait semblable à celles que l'on peut observer dans les névroses

traumatiques (névrose de guerre, névrose post-accidentelle, etc.), auxquelles Freud compare la névrose hystérique.

La thérapeutique vise donc à rappeler les souvenirs du premier incident pathogène, puisque le névrosé souffre de « réminiscences ». Cependant, dans son travail, Freud se heurte rapidement à de vives « résistances » à la remémoration : « Par mon travail psychique je devais vaincre chez le malade une force psychique qui s'opposait à la prise de conscience (au retour du souvenir) des représentations pathogènes. » (*Op. cit.*, p. 216.) En fonction de cette résistance, Freud introduit la notion théorique de *défense*, qui est une force de répulsion chargée de rejeter hors du conscient et hors du souvenir la représentation pathogène. Cette défense, qui avait agi de façon à rejeter hors du conscient la représentation traumatique, est donc aussi celle qui va s'opposer aux efforts du thérapeute : « Une représentation accède au Moi, s'y avère inconciliable et suscite en lui une force de répulsion. Celle-ci constitue une défense contre l'idée inconciliable, défense qui atteint son but, la représentation en question étant rejetée hors du conscient et hors du souvenir et ne laissant, en apparence du moins, nulle trace. Mais cette trace devait subsister. *En m'efforçant de rediriger vers elle l'attention du patient, je sentais cette force de répulsion*, celle même qui s'était manifestée par un rejet lors de la genèse du symptôme, agir sous la forme d'une résistance. Lorsque je réussissais à faire admettre comme vraisemblable le fait que la pathogénéité de la représentation était justement due au rejet et au refoulement, la chaîne paraissait se refermer. Dans plusieurs analyses critiques et dans un petit travail sur les névroses de défense (1894), j'ai essayé d'indiquer les hypothèses psychologiques à l'aide desquelles il deviendrait possible d'expliquer aussi cette réaction – le fait de la conversion. » (*Op. cit.*, p. 217.)

Dans les *Études sur l'hystérie*, Freud considère la névrose comme une maladie psychogène, d'étiologie simple, un traumatisme psychique d'origine sexuelle : dans cette étiologie, Freud fait constamment référence à l'entourage du patient, mais il parle pourtant déjà d'un conflit « intérieur » (ces scènes provoquent un *désir inacceptable* pour le patient).

Pour tenter de guérir ladite maladie, l'auteur recherche donc différents moyens techniques : l'hypnose, la technique dite de concentration, les « associations libres ». Tous ces moyens visent la découverte de l'endroit traumatisé, au sein du psychisme, c'est-à-dire au sein de la vie idéationnelle. Ces différents moyens techniques sont donc une manière de rechercher, un peu comme un chirurgien, « la meilleure voie d'accès » à l'endroit traumatisé.

Freud se heurte cependant à différentes résistances : le patient se refuse à entrer en état d'hypnose, il rompt le contrat thérapeutique, il refuse de se souvenir, etc. Il commence par attribuer ces résistances à ses erreurs techniques et change de comportement, jusqu'au moment où, confronté aux premiers émois transférentiels de ses patients, il décide que *sa technique n'est pas en cause, mais la théorie* : la résistance est liée à un conflit intra-psychique du patient. Dès lors, Freud renvoie donc au patient la résistance que ce dernier offre aux efforts thérapeutiques ! En ce faisant, Freud s'efface de plus en plus, il disparaît progressivement de la scène, ce qui offre le maximum d'espace à la *subjectivité* de son patient.

D'après E. Jones, Freud abandonne définitivement l'hypnose en 1896, année où il utilise pour la première fois le terme de « psychanalyse ». Il adopte une attitude passive, sa seule activité consistant à attirer de temps en temps l'attention du patient sur des connexions qui lui échappent : la règle des « libres associations » est née. Dès lors, Freud apporte très peu de modifications à sa technique, portant toute son attention sur la dynamique intra-psychique. Il renonce à l'acte et opte pour l'interprétation.

Par ailleurs, en automne 1895, il rédige le manuscrit de « L'esquisse d'une psychologie scientifique », qui semble être une dernière tentative de relier la psychopathologie à la neurobiologie. Cependant, il se contente de l'envoyer à son ami Fliess et renonce à le publier. Ce faisant, il rompt toute attache avec la neurologie. Le psychisme étant détaché de l'influence directe du psychothérapeute et de ses liens à la neurobiologie, les conditions nécessaires à l'apparition du modèle théorique de l'inconscient sont remplies.

1.2. De la première à la deuxième topique

Moins d'un an après la parution des *Études*, Freud a donc opté définitivement pour la méthode des « *associations libres* », qu'il épurera de plus en plus. Mais l'on s'accorde à dire que le changement fondamental d'optique est dû à l'auto-analyse de Freud qui, au travers de son expérience personnelle, fera nombre de découvertes, fondements de la psychanalyse actuelle. On a relevé à plusieurs reprises (D. Anzieu, 1976 ; A. Haynal, 1977, par exemple) que Freud a commencé cette démarche personnelle après la mort de son père, survenue en octobre 1896 ; le changement d'optique le plus important intervenu grâce à l'auto-analyse est la prise de conscience du caractère *fantasmatique* des scènes traumatiques évoquées par les patients. Freud avait réalisé, on le sait, qu'il n'avait pas été victime de réelles

tentatives de séduction de la part de son père, mais que cette croyance momentanée traduisait sa propre ambivalence à l'égard de ce dernier (septembre 1897). Insistons sur le fait que cette prise de conscience suit clairement la logique freudienne. En effet, nous avons déjà vu que, confronté aux premiers émois transférentiels de ses patients, Freud avait refusé de se sentir concerné. Il les avait attribués à un facteur intra-psychique. Cette fois-ci, confronté lui-même à des émois envers son père, il refuse d'impliquer ce dernier et se remet personnellement en question : c'est lui qui est en analyse, le problème est donc sien, non celui de l'autre. On retrouve ainsi une certaine dialectique fantasme-réalité, où Freud accorde la *primauté au fantasme* !

Dès lors, il oriente toute son activité vers l'étude des *processus intra-psychiques*. D'un point de vue technique, il met l'accent sur l'élaboration des « contenus psychiques » (rapports associatifs entre images mentales) et leur interprétation. La *Science des rêves*, dont Freud dira en 1908 qu'elle est un morceau de son analyse *en réaction à la mort de son père* (préface de l'édition de 1908 de la *Traumdeutung*), en est le premier résultat, le plus impressionnant peut-être. Elle reste l'un des monuments de l'œuvre freudienne.

C'est dans cet ouvrage que Freud décrit une première conception de l'appareil psychique, « la première topique », où il distingue trois systèmes ayant chacun une fonction particulière bien précise : l'Inconscient, le Préconscient et le Conscient. Entre chacun de ces systèmes existe ce qu'il appelle une censure, qui freine le passage des représentations d'un système à l'autre et justifie l'apparition des symptômes névrotiques, selon un mécanisme proche de celui décrit dans les *Études* ; la censure barre l'accès d'une représentation indésirable au préconscient, puis au conscient, refoulant ladite représentation dans l'inconscient et permettant à l'affect de ne se manifester que dans une représentation déviée, en l'occurrence le *symptôme*. Ce modèle théorique permet de mettre l'accent essentiellement sur le conflit intrapsychique ; l'appareil psychique devient le « lieu » (topique) de *conflits pulsionnels* (conflits entre des désirs et leur interdit) (Freud, 1915).

Ainsi, à l'aube de notre siècle, Freud a déjà défini le cadre de la cure ; il va accorder toute son attention aux processus intrapsychiques, indépendamment des événements traumatiques externes, ainsi que le montre, par exemple, le commentaire du cas Dora, texte écrit en 1901, mais publié en 1905 :

> « L'incident avec Monsieur K... – la déclaration suivie d'un affront – fournissait à notre malade Dora le traumatisme psychique que Breuer et moi avions, dans le temps, affirmé être la condition préalable indispensable à la formation d'un état hystérique. Ce nouveau cas présente

toutes les difficultés qui, depuis, m'ont incité à aller au-delà de cette théorie... » Et, en note, il ajoute : « J'ai été plus loin que cette théorie, sans l'abandonner ; c'est-à-dire que je la déclare aujourd'hui non pas fausse, mais incomplète. Je ne fais plus porter l'accent sur les soi-disant états hypnoïdes, qui étaient censés apparaître chez les malades lors du traumatisme et devaient être rendus responsables des processus psychiques anormaux qui s'en suivaient. [...] Je considère quant à moi comme superflu et déroutant de rompre par cette dénomination la continuité du problème, qui consiste à chercher quels sont les processus psychiques de la formation des "symptômes hystériques". » (Freud, 1905, p. 17.)

Une fois encore, Freud ayant identifié la nature du danger externe, il en détourne son regard pour porter son attention sur des événements « internes ».

En résumé, si l'on schématise quelque peu l'évolution de Freud, on le voit, d'une part, progressivement se mettre à distance de son patient, devenir de plus en plus passif et non concerné : d'autre part, on le voit aussi déplacer son intérêt de l'entourage du patient pour se centrer essentiellement sur la vie intérieur de ce dernier. Enfin, il renonce à s'occuper des fondements neurobiologiques du fonctionnement psychique. D'un côté, la règle des associations libres vient sanctionner *le refus du maître d'agir activement* sur son patient, de l'autre, l'ébauche de la définition du transfert vient sanctionner *le refus de s'impliquer* comme un personnage réel pour son patient. La découverte de la nature dite fantasmatique des souvenirs de séduction évoqués par les malades est la conséquence logique de ce double mouvement. De plus, comme le lien à la neurobiologie est aussi écarté, il ne reste plus au psychothérapeute, d'un point de vue technique, qu'à se préoccuper des processus intrapsychiques dans un « système essentiellement clos », d'où les éléments tant biologiques qu'environnementaux sont de plus en plus écartés. Les quelques règles techniques édictées par la suite ne viseront plus à permettre au psychothérapeute d'accéder activement au monde intrapsychique du patient, mais, au contraire, à lui permettre de se dégager des désirs de ce dernier (règle d'abstinence, par exemple ; Freud, 1915, p. 116-120).

1.3. La fascination métapsychologique

1.3.1. « Au-delà du principe de plaisir »

Freud, après s'être momentanément heurté aux problèmes des ruptures prématurées de traitements, s'était vu, depuis plusieurs années,

confronté au problème de l'allongement indésirable des traitements en raison de résistances difficilement surmontables, en particulier les « réactions thérapeutiques négatives », c'est-à-dire les réactions paradoxales au traitement, faites d'une aggravation symptomatique, en lieu et place de l'amélioration attendue. Pour lutter contre cet allongement, il avait, dans un premier temps, pris une mesure active : fixer un terme au traitement de « L'homme aux loups ». Durant cette période, et jusqu'en 1918, il paraît intéressé par les questions techniques et commence par accepter la technique active proposée par Ferenczi (1919a). Toutefois, il change vite d'avis et finit par la rejeter vivement, recommandant à nouveau à l'analyste de s'en tenir à une rigoureuse neutralité.

En 1920, Freud renonce donc pratiquement aux mesures actives que d'autres disciples tenteront par la suite d'instituer en règle thérapeutique pour recourir à une explication métapsychologique susceptible d'expliquer l'allongement des traitements et la réaction thérapeutique négative. Freud en vient donc à modifier sa conception du conflit entre pulsion sexuelle et pulsion d'auto-conservation, pour introduire la notion fondamentale de *compulsion de répétition* où un conflit primordial oppose deux forces antagonistes : la pulsion de vie et la pulsion de mort. C'est la compulsion de répétition qui explique l'allongement des traitements : « Cette même tendance à la répétition est la même qui se dresse souvent devant nous, comme obstacle thérapeutique, quand nous voulons, à la fin du traitement, obtenir que le malade se détache complètement du médecin. » (Freud, 1920, p. 46.)

Pour simplifier, on pourrait dire que Freud, étudiant la résistance aux changements et à la guérison, constate que le névrosé ne refoule pas seulement certains désirs, en fonction d'expériences négatives passées, pour éviter un déplaisir, mais qu'il a aussi tendance à répéter activement certaines situations désagréables qui, en elles-mêmes, n'étaient aucunement susceptibles d'apporter du plaisir, telles que des situations traumatiques majeures par exemple. De là, il a inféré que la tendance primitive de l'appareil psychique et biologique est une tendance à la répétition du passé et, par extrapolation, qu'une des tendances majeures de la matière vivante, psychique et biologique, est un retour à l'état inanimé : « Tout ce qui vit doit mourir en vertu de causes internes. » (*Op. cit.*, p. 56.)

Selon cette nouvelle topique, Freud décrit donc l'appareil psychique comme le lieu d'un combat entre deux forces opposées, dont l'une, dans le développement théorique de l'« Au-delà », trouve une justification très rigoureuse : tendance au retour à la manière inanimée, état primaire absolu ; tandis que l'autre, la pulsion de vie, de nature sexuelle, qui a pour charge de détourner la pulsion de mort de sa fonction destructrice, a une existence beaucoup plus difficile à

expliquer. Freud, une fois de plus, cherche à décrire le fonctionnement psychique indépendamment des influences extérieures, qui sont surtout présentées comme des excitations indésirables.

1920 est donc une période cruciale, où l'on voit se dessiner *deux voies différentes* dans le mouvement psychanalytique : l'une, plus orthodoxe, portera son effort sur les *recherches métapsychologiques*, excluant très longtemps la réalité externe de ses réflexions ; l'autre, d'orientation plus thérapeutique, dont les précurseurs seront Ferenczi et Rank, approfondira l'étude de la *relation thérapeutique*.

1.3.2. De l'« Au-delà » à « Analyse terminée – Analyse interminable »

Ainsi, la définition du conflit s'est modifiée : « Le sens du conflit a changé : il ne s'agit plus désormais d'une lutte entre un pôle sexuel, refoulé, inconscient, et un pôle non sexuel, refoulant et conscient ; il ne s'agit pas non plus d'une opposition entre un pôle objectal et un pôle narcissique ; il s'agit maintenant d'un double conflit : d'une part, entre un pôle pulsionnel, inorganisé ou faiblement organisé, et un pôle différencié du pôle pulsionnel et plus organisé que lui ; d'autre part entre force de liaison et force de déliaison dans chacune de ces deux sphères. » (Green, 1973, p. 252.)

Cela revient à dire que le travail de l'analyste demeure de nature interprétative, mais s'oriente quelque peu différemment : son rôle est de permettre la liaison des pulsions, une réorganisation du monde intrapsychique. Pour ce faire, il doit s'appuyer sur les pulsions de vie de l'analysant pour favoriser le détournement des pulsions de mort.

La cohérence oblige alors Freud à modifier sa conception topique de l'appareil psychique (Inconscient - Préconscient - Conscient) et, en 1923, il publie un nouvel article fondamental : « Le Moi et le Ça ». (*In* Freud, 1970, p. 186-234.) C'est là qu'il introduit clairement sa deuxième conception topique de l'appareil psychique : le Ça, le Moi, et le Surmoi, où le « Ça » est le pôle de l'appareil psychique le plus proche du biologique, recouvrant en grande partie ce qui était autrefois considéré comme l'inconscient, tandis que le « Surmoi » (héritier du complexe d'Œdipe) est le pôle psychique le plus proche de la réalité extérieure. Le « Moi », instance médiatrice, assure les échanges dynamiques entre ces deux pôles et entre le monde de la réalité extérieure et le monde de la réalité intérieure.

Ceci est, évidemment, une manière très simplificatrice d'exprimer les choses. Dans cette nouvelle optique, « inconscient, préconscient

et conscient » ne définissent plus une topique, mais des *qualités psychiques* ; en effet, tant le Moi que le Surmoi sont en grande partie inconscients aux yeux de Freud. La deuxième topique est donc liée à des nécessités épistémologiques rigoureuses, dépendantes elles-mêmes de la nouvelle théorie des pulsions émises par Freud : « Il semble que si l'on voulait être cohérent avec soi-même, le refus de la deuxième théorie des pulsions devrait en toute rigueur s'accompagner du refus de la deuxième topique. » (Green, 1973, p. 246.)

D'aucuns se sont parfois étonnés qu'après le tournant de 1920 Freud n'ait pas modifié ses conceptions techniques. Nous pensons, au contraire, que cette nouvelle orientation théorique était le résultat du refus de sortir du cadre rigoureux qu'il s'était fixé : un cadre destiné à mettre en valeur le fonctionnement psychique pour lui-même, indépendamment des influences biologiques ou relationnelles. En effet, bien peu de choses, dans la description du fonctionnement de l'appareil psychique, peuvent être attribuées à l'intervention de facteurs externes ; ces facteurs ont joué un rôle dans la constitution du psychisme adulte, durant l'enfance. « La névrose ultérieure a, en tout cas, son prologue dans l'enfance. Il est possible que ce que l'on appelle névroses traumatiques (déclenchées par une frayeur trop intense ou des chocs psychosomatiques graves tels que collision de trains, explosion, etc.) constituent une exception, toutefois leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations. » (Freud, 1938, p. 54.) Freud s'était fixé comme tâche implicite et explicite de décrire le fonctionnement psychologique comme un tout en lui-même et se trouvait donc obligé de donner une explication intrapsychique au phénomène des réactions thérapeutiques négatives, ce que permet, contrairement à la théorie des censures, celle d'un Surmoi prenant racine dans le Ça. Ce but atteint, il n'avait plus à modifier les conditions externes de la cure ; toutefois, à l'intérieur du cadre fixé, certaines modifications apparaissent ; par exemple : dans l'intérêt porté par l'analyste au *fonctionnement du Moi*, instance médiatrice centrale, et à ce qu'on a appelé mécanismes de défenses du Moi. Il ne s'agit plus véritablement de rendre conscient ce qui est inconscient, en levant les résistances, mais surtout de réaménager le système défensif de l'individu. L'accent est donc mis beaucoup plus sur une *réorganisation structurale*.

Ainsi, à partir de la deuxième topique, Freud assimile certaines résistances aux mécanismes de défense du Moi, d'autres au Ça et au Surmoi. Cependant, ceci ne paraît pas l'avoir satisfait pleinement et, lorsqu'il reprend le problème des entraves à la guérison de patients en analyse, dans « Analyse terminée – Analyse interminable », en 1937, il évoque des facteurs constitutionnels (viscosité de la libido, hyper-mobilité de la libido) et insiste à nouveau sur le problème

d'une résistance ultime, résistance liée à la pulsion de mort, à laquelle il accorde une importance primordiale, problème qui était, comme nous l'avons vu, au cœur de la discussion de l'« Au-delà du principe de plaisir » :

> « Si l'on considère l'ensemble du tableau, qui comporte les manifestations du masochisme immanent de tant de gens, celle de la thérapeutique négative, celle du sentiment de culpabilité du névrosé, *on cesse de croire que les phénomènes psychiques sont exclusivement dominés par la recherche du plaisir. Ils constituent un témoignage irréfutable de la présence, dans la vie psychique, d'une force que nous appelons, d'après les buts qu'elle poursuit, instinct d'agression ou de destruction et qui, à ce que nous croyons, découle de l'instinct de mort inhérent à la matière vivante.* Nous ne cherchons nullement à opposer à une théorie optimiste de la vie une autre théorie, pessimiste celle-là ; les *actions communes et antagonistes* des deux instincts primitifs, l'Éros et l'instinct de mort, peuvent seules expliquer la diversité des phénomènes de la vie, *jamais une seule de ces actions seulement.* » (Freud, 1937, p. 394-402.)

On peut considérer que le texte de 1937 est un plaidoyer en faveur des recherches métapsychologiques, par opposition à des modifications techniques, ainsi que le relèvera Diatkine, par exemple (1968).

Dès lors, non seulement le mouvement psychanalytique le plus orthodoxe éprouvera la plus grande peine à introduire des variations techniques, mais encore le psychanalyste hésitera beaucoup à dire exactement ce qu'il fait réellement dans la séance avec son patient. Les comptes rendus cliniques sont rares, plus rares encore les indications précises sur les séquences comprenant des interprétations données *in extenso*. Si c'est le cas, bien souvent on prie l'auditoire ou le lecteur d'excuser le côté peu « classique » des interventions, ce que M. Gressot relève, par exemple, dans un remarquable exposé, lorsqu'il parle des rapports entre psychanalyse et psychothérapie (Gressot, 1963). En bref, la psychanalyse s'oriente vers les réflexions métapsychologiques. Toute discussion technique est présentée avec la plus grande prudence.

Freud a donc finalement récusé toute modification du cadre psychanalytique et, en mettant l'accent sur la métapsychologie, il désignait clairement ce dont devait s'occuper le psychanalyste, à savoir le monde intrapsychique, indépendamment de son soubassement biologique ou de l'influence de l'entourage, mais il n'a jamais nié l'existence de l'un ou de l'autre. Il pensait simplement que le psychanalyste n'avait rien à gagner en s'y intéressant. Dans une note de 1910, il s'exprimait ainsi :

> « Défendons-nous ici contre le reproche injustifié d'avoir nié l'importance du facteur inné (constitutionnel) en faisant ressortir le rôle des

impressions infantiles. Un semblable reproche émane de l'étroit besoin de causalité de l'homme qui, en dépit de la banale réalité, se satisfait d'un seul facteur causal. Si la psychanalyse a tant parlé des facteurs "accidentels" de l'étiologie et si peu des constitutionnels, c'est parce qu'elle avait quelque chose de neuf à dire au sujet des premiers tandis qu'elle n'avait rien à ajouter à ce qu'on savait déjà sur les seconds. Nous refusons d'établir une opposition essentielle entre les deux séries de facteurs étiologiques et admettons plutôt l'existence d'une action des deux dans la production des résultats observés. » (Freud, 1912, p. 50.)

De plus, en 1938, il revient encore sur le sujet :

« En peu d'années le petit être primitif doit se transformer en être humain, civilisé et avoir traversé, dans un temps invraisemblablement court, une immense partie de l'évolution culturelle de l'humanité. Ce phénomène est rendu possible par des prédispositions héréditaires, mais ne se réalise presque jamais sans le concours de l'éducation et de l'influence parentale. » (Freud, 1938, p. 54.)

Un peu plus loin, il ajoute :

« Enfin des modifications biologiques de la vie sexuelle, comme l'instauration en deux temps de la fonction, la disparition du caractère périodique de l'excitabilité sexuelle et la modification qu'a subie le rapport entre la menstruation féminine et l'excitation masculine, toutes ces innovations dans la sexualité ont sûrement une grande importance en ce qui concerne l'évolution de l'animal vers l'homme. C'est à la science future qu'il incombera de grouper ces données encore isolées pour en tirer des vues nouvelles. Ici la lacune ne se trouve pas dans la psychologie, mais bien dans la biologie. » (*Ibid.*, p. 55.)

Ces citations montrent bien que Freud ne néglige ni l'importance de la biologie, ni celle de l'entourage, mais qu'il insiste simplement sur le fait que le psychanalyste s'intéresse aux effets psychiques de ces facteurs. Il regarde les choses non pas objectivement, de l'extérieur, mais du seul point de vue de la subjectivité. *La fonction du cadre* analytique est *d'offrir le maximum d'espace à cette subjectivité*. Ce n'est pas l'un des moindres mérites de Freud que d'avoir su maintenir un cadre rigoureux, non sans l'avoir mis à l'épreuve, et d'en avoir tiré les conséquences théoriques.

1.4. Trois notions-clés

Pour approfondir cette question, nous proposons d'examiner l'évolution de la pensée de Freud concernant certaines notions-clefs, déjà

présentes dans les *Études sur l'hystérie* : le traumatisme sexuel, la résistance et le transfert. Ceci nous permettra de montrer que l'optique traumatique est demeurée présente dans toute l'œuvre freudienne.

1.4.1. Traumatisme sexuel

Traumatisme et facteur déclenchant sont les deux notions qui font évidemment le plus appel à l'influence du monde extérieur sur l'individu ; dans l'esprit de Freud, elles tendront à se préciser, sans jamais atteindre à la clarté absolue : ainsi que nous l'avons vu, dans les premiers temps, le traumatisme est considéré comme un événement personnel *réel* survenu dans un passé plus ou moins proche du sujet, trop pénible pour permettre à ce dernier une réaction adéquate susceptible d'aboutir à une guérison. Le traumatisme serait ainsi, pour utiliser une image imparfaite, à l'origine d'une lésion psychique chronique dont la névrose serait la manifestation « visible ». Le moment des expériences traumatiques, fixé dans la période pubertaire au début, a été progressivement reporté toujours plus précocement dans le passé de l'individu, jusqu'à l'enfance.

Cette notion de traumatisme unique ou répété, source de névrose, est donc fondée sur l'aspect économique de la théorie de l'appareil psychique (le psychisme n'arriverait pas à intégrer ou liquider les excitations externes), aspect auquel Freud a toujours beaucoup tenu. Dès le début toutefois, il relève l'importance des circonstances psychologiques dans lesquelles le traumatisme apparaît, les deux facteurs sont donc complémentaires :

– une certaine fragilité psychologique,
– un traumatisme externe.

Lorsque Freud a situé l'événement traumatique dans l'enfance, il a distingué deux éléments :

– le traumatisme précoce, la scène de séduction survenue dans l'enfance, point de fixation de la problématique névrotique,
– un deuxième événement intervenant à l'âge adulte, qui « rappelle » le premier et provoque un accès d'excitation sexuelle impossible à contrôler par le Moi. Ce deuxième événement est le « facteur déclenchant de la névrose ».

À partir de son auto-analyse cependant, Freud porte essentiellement son intérêt sur la vie fantasmatique du sujet. Au début du XX^e^ siècle, il élabore sa théorie de la libido et décrit les différents stades libidinaux (oral, anal, phallique et génital) (1905/1953). Ce

qui intéresse alors Freud est donc l'énergie interne, la libido, source des pulsions sexuelles, ce qui complique quelque peu la théorie freudienne de la névrose. En effet, selon cette nouvelle optique, elle est le résultat de la combinaison de deux facteurs : un événement traumatique actuel (facteur déclenchant) et une fixation de la libido, fixation liée à la constitution sexuelle de l'individu et au passé infantile de ce dernier (éducation, événements divers). Freud écarte alors les névroses traumatiques, telles que les névroses de guerre, du champ des névroses classiques, d'étiologie sexuelle, et, par là, du champ de la thérapeutique psychanalytique. Pourtant l'exemple des névroses traumatiques, où le sujet tend à répéter, en particulier dans ses rêves, des situations récemment vécues, éminemment désagréables, lui permettront d'introduire une nouvelle notion, la « *compulsion de répétition* », tendance se situant « au-delà du principe de plaisir », notion se trouvant à la base d'une modification considérable de la conceptualisation freudienne de l'appareil psychique en 1920 (1920). Freud, une fois de plus, renonce à étudier la spécificité de l'impact psychique d'un traumatisme extérieur, pour décrire un mécanisme interne fondamental : la tendance à répéter, nous y reviendrons plus loin.

Quelques années plus tard, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), Freud réintroduit la notion de traumatisme, mais en le situant dans le passé le plus précoce de l'individu et en le liant à l'angoisse : l'angoisse du nourrisson est liée à sa prématuration, à sa dépendance totale de la mère et serait réveillée par la crainte de voir cette dernière disparaître. Ce serait, pour Freud, le prototype du traumatisme psychique. Freud reconnaît donc alors l'importance d'une *situation réelle*, et établit une sorte de symétrie entre un danger interne et un danger externe, mais ne le décrit que de « l'intérieur », négligeant par exemple l'influence des comportements actifs plus ou moins spécifiques de la mère.

En conclusion, Freud n'a jamais tout à fait abandonné l'idée du traumatisme psychique, mais il lui a donné des fonctions très différentes au cours des années, s'en éloignant même momentanément. Dans un chemin régrédient, il a d'abord renvoyé le traumatisme au passé, tout en maintenant l'idée du facteur déclenchant « actuel », auquel il donne de moins en moins d'importance ; il écarte ensuite les névroses traumatiques actuelles du champ des névroses classiques, mais utilise leur étude pour une nouvelle description du fonctionnement de l'appareil psychique, et enfin réintroduit la notion de traumatisme passé en le liant à l'angoisse provoquée par la situation d'immaturité et de profonde dépendance du nourrisson par rapport à sa mère, nourrisson soumis à des exigences pulsionnelles particulièrement difficiles à maîtriser. Ainsi le traumatisme externe, qui fait à

nouveau sa réapparition, est lié, dans l'esprit de Freud, à une simple situation de fait et non pas à une intervention active de l'extérieur. On retrouve ici la volonté de Freud de décrire le fonctionnement psychique comme « *un système clos* » en dehors de toute intervention extérieure, ce qui le pousse à négliger dans sa conceptualisation du fonctionnement psychique l'influence active de l'entourage.

1.4.2. Transfert

À partir des *Études sur l'hystérie*, Freud accorde une place prépondérante à la notion de transfert dans la cure, transfert qu'il définit tout d'abord comme une résistance, pour en faire ensuite un allié thérapeutique. Rappelons qu'à l'époque des *Études sur l'hystérie*, le transfert n'était qu'une manifestation particulière du déplacement de l'affect sur une représentation erronée, il était donc *directement lié au symptôme*. Progressivement, dès le cas « Dora » (1905/1975) Freud étend la notion de transfert et la lie aux imagos parentales ; en 1914, dans l'article « Remémoration, répétition, perlaboration » (1914), il en fait le principal allié thérapeutique, en définissant plus clairement la « névrose de transfert ». Dès ce moment le transfert, à la fois résistance (à la remémoration) et manifestation visible et actuelle de l'inconscient, devient l'instrument thérapeutique principal du psychanalyste. En tant que rejeton de l'inconscient toutefois, le transfert est considéré comme une manifestation *spontanée* du patient : « Ce fait nouveau que nous reconnaissons ainsi comme à contrecœur, n'est autre que ce que nous appelons le transfert. Il s'agirait donc d'un transfert de sentiments sur la personne du médecin, car nous ne croyons pas que la situation créée par le traitement puisse justifier l'éclosion de ces sentiments. Nous soupçonnons plutôt que toute cette promptitude affective a une autre origine, qu'elle existait chez le malade à l'état latent et a subi le transfert sur la personne du médecin à l'occasion du traitement analytique » (1917, p. 473). Ainsi, en 1917, Freud, fidèle à sa ligne de conduite, néglige « la situation créée par le traitement », ce qui revient à récuser la fonction du dispositif de la cure ou celle de l'activité du thérapeute.

En 1920, peu après les premiers remous provoqués par les idées de Rank et de Ferenczi, un article fondamental, « Au-delà du principe de plaisir », marque un nouveau tournant dans la pensée de Freud. Ce dernier y introduit les notions de pulsion de vie et de pulsion de mort, qui se situeraient au-delà du principe de plaisir et du principe de réalité. Se fondant sur son expérience clinique, il justifie ce changement d'optique et résume ainsi l'évolution de sa pensée : au début :

> « la psychanalyse était avant tout un art d'interprétation. Mais, comme cet art était impuissant à résoudre le problème thérapeutique, on recourut à un autre moyen qui consistait à obtenir du malade une confirmation de la construction dégagée par le travail analytique, en le poussant à faire appel à ses souvenirs. Dans ces efforts, on se heurte avant tout aux résistances du malade ; l'art consista alors à découvrir ces résistances aussi rapidement que possible et, *en usant de l'influence purement inter-humaine*[1] (de la suggestion agissant en qualité de "transfert"), à le décider à abandonner ces résistances. Cependant, plus on avançait dans cette voie, plus on se rendait compte de l'impossibilité d'atteindre pleinement le but qu'on poursuivait et qui consistait à amener à la conscience l'inconscient. Le malade ne peut se souvenir de tout ce qui est refoulé, le plus souvent, c'est l'essentiel même qui lui échappe, de sorte qu'il est impossible de le convaincre de l'exactitude de la construction qu'on lui présente. » (1920, p. 22.)

Parlant ensuite de la nécessité d'élaborer dans l'actuel, c'est-à-dire dans la névrose de transfert, les conflits infantiles, il ajoute :

> « Le médecin ne peut pas épargner au malade cette phase de traitement ; il est obligé de le laisser revivre une partie de sa vie oubliée et doit seulement veiller à ce que le malade conserve un certain degré de sereine supériorité qui lui permette de constater, malgré tout, que la réalité de ce qu'il revit et reproduit n'est qu'apparente et ne fait que refléter un passé oublié. Lorsqu'on réussit dans cette tâche, on finit par obtenir la conviction du malade et le succès thérapeutique dont cette conviction est la première condition. » (*Ibid.*, p. 23.)

Freud, on le voit, paraît considérer comme un *mal nécessaire* de passer par le transfert pour résoudre les problèmes névrotiques. Pourtant, il attribue aussi une valeur thérapeutique à la confrontation fantasme-réalité, ainsi que le fera Strachey quelques années plus tard (Strachey, 1970). Ainsi le monde externe réapparaît ici, alors qu'on voudrait l'en exclure. Parlant encore du transfert, Freud complète : « À la faveur du transfert, le névrotique reproduit et réanime avec beaucoup d'habileté toutes les circonstances indésirées et toutes les situations affectives douloureuses. » (*Ibid.*, p. 25.)

À partir de cette constatation clinique (l'analysant reproduit dans le transfert des situations aussi bien désagréables qu'agréables), des observations sur les névroses traumatiques, des jeux d'enfants, etc., il infère alors que le *transfert est lié à un besoin instinctif de répétition*, la « compulsion de répétition », tendance primaire de l'appareil psychique traduisant la nature des instincts qui se manifesteraient par la tendance à reproduire ce qui a déjà existé (*ibid.*, p. 47).

---

1. Souligné par nous.

Ainsi, selon cette nouvelle optique, le transfert est une production d'origine interne, liée à la compulsion de répétition, où deux forces contradictoires se trouvent à l'œuvre, la pulsion de vie et la pulsion de mort, la nature même des pulsions étant une tendance à répéter ce qui a déjà existé ; pourtant, dans l'élaboration de la pensée freudienne, la pulsion de mort trouve une justification théorique évidente (tendance à la réduction des tensions à zéro, selon la conception économique du fonctionnement psychique), la pulsion de vie ne devant son existence qu'à l'intervention d'une force externe d'origine et de nature inconnues. Plus haut, Freud avait décrit l'origine du principe de vie : « À un moment donné, une force dont nous ne pouvons encore avoir aucune représentation a réveillé dans la matière inanimée les propriétés de la vie. » (*Ibid*, p. 74.)

1.4.3. Résistances

La notion de résistance est présente pratiquement dès les débuts de l'œuvre de Freud ; elle semble lui avoir donné passablement du fil à retordre. En effet, si la définition en est claire lorsque ce terme s'applique à l'opposition ouverte ou cachée au mouvement psychanalytique, elle devient beaucoup plus floue et sujette à modification lorsqu'il s'agit de décrire ce qui se passe dans la cure. L'expression est certainement née de la pratique de l'hypnose, où Freud s'était heurté au refus massif de bon nombre de patients. Par analogie, elle fut conservée pour décrire les différentes manifestations s'opposant au bon déroulement de la cure et à la guérison. Dès la *Traumdeutung*, détournant progressivement son regard du traumatisme psychique, il porte son attention sur les résistances. Il paraît d'ailleurs lier l'allongement du traitement à ce changement d'optique. Ainsi, en 1913, dans un article où il montre clairement la nécessité d'intervenir sur les résistances avant d'interpréter trop précocement le sens des symptômes, il relève : « Au cours des premières années de ma pratique psychanalytique, j'ai eu la plus grande difficulté à persuader les malades de poursuivre leur analyse. Cette difficulté a depuis longtemps cessé d'exister et maintenant je m'efforce anxieusement de les obliger à cesser leur traitement. » (1913, p. 88.) Ce passage montre un phénomène très intéressant : grâce aux maniements des résistances, Freud a résolu le problème des interruptions prématurées de la psychanalyse par ses patients, mais voici qu'il se heurte maintenant au problème inverse, celui de la poursuite indésirable de l'analyse. Il a surmonté un obstacle, il en rencontre un autre tout aussi important : les patients n'interrompent plus leur traitement aussi fré-

quemment qu'avant, mais par contre, ils ont parfois grand-peine à le terminer... Nous tenterons plus loin d'en expliquer la raison.

Cliniquement, on décrit des résistances à la règle fondamentale, à la prise de conscience, à la remémoration, au transfert par le transfert et enfin à la guérison. Progressivement aussi, l'intérêt se déplace de la « résistance à la prise de conscience » à la « résistance à la guérison ».

Ainsi, en étudiant sommairement l'évolution de la pratique analytique parallèlement à celle de la pensée freudienne jusqu'en 1920, à partir des trois notions, traumatisme, transfert et résistance, nous voyons que :

- il accorde de moins en moins d'importance à la théorie des traumatismes psychiques externes, sans pour autant l'abandonner, mais s'inspire de l'observation clinique des névroses traumatiques pour un nouveau modèle de fonctionnement de l'appareil psychique : la théorie de l'inconscient, théorie liée à celle de la fonction des rêves dans l'équilibre psychique. Cette évolution, d'un point de vue pratique, accompagne la mise en place d'un *cadre* issu de l'hypnose (divan-fauteuil) mais caractérisé par des règles rigoureuses qui s'en éloignent de plus en plus clairement (libres associations, abstinence, neutralité, régularité des séances, etc.) ;
- la notion de transfert, apparue dès les *Études sur l'hystérie*, est tout d'abord liée aux mécanismes de déplacement des affects avant de concerner plus directement la personne du psychanalyste. Tout d'abord considéré comme résistance au traitement et à la prise de conscience, le transfert devient bientôt l'instrument thérapeutique principal de la cure, à la fois résistance et manifestation visible de l'inconscient. Il est tenu pour une production spontanée du patient, mais finit par être lié à ce que Freud appelle « compulsion de répétition », mode de fonctionnement primitif de l'appareil psychique : les pulsions visent à la répétition ;
- en ce qui concerne les résistances, Freud les a tout d'abord décrites comme un obstacle à la prise de conscience et les a liées aux différents mécanismes de refoulement (fixation, censure) pour les décrire ensuite comme des obstacles à la guérison. En 1920, on voit se dessiner l'idée d'une résistance primitive, liée au mode de fonctionnement de l'appareil psychique, fonctionnement qui viserait à répéter des expériences passées, aussi bien agréables que désagréables ; dans la compulsion de répétition seraient à l'œuvre deux forces opposées : la pulsion de vie et la pulsion de mort ; du rapport entre ces dernières dépendrait la guérison des névroses !

Un commentaire semble s'imposer au vu de l'évolution de la pensée freudienne concernant les trois notions mentionnées ci-dessus.

Nous avons vu que, d'un point de vue théorico-technique, Freud s'est constamment efforcé d'isoler la description du fonctionnement psychique par rapport aux influences éventuelles de la biologie ou de l'environnement. Or nous avons pu voir qu'il a constamment retrouvé ces éléments sur son passage.

En ce qui concerne *l'entourage* (théorie traumatique) : si le patient n'est plus victime des désirs de ses proches (traumatisme sexuel) mais, au contraire, de ses propres désirs, il « résiste » dans la cure comme il résisterait à un traumatisme psychique actuel ; en ce sens, il se comporte *comme si son passé était traumatique*. Ainsi la notion de compulsion de répétition est-elle un retour à la théorie traumatique, mais sous une forme différente.

En ce qui concerne la *biologie* : on retrouve le même phénomène. Freud a bien renoncé à développer l'esquisse d'une psychologie scientifique, il s'est bien désintéressé de la neurobiologie, il n'en demeure pas moins qu'il doit, une fois encore, recourir à des notions biologiques pour justifier la résistance motivant la réaction thérapeutique négative, à savoir la pulsion de mort.

En somme, *l'importance de l'entourage et celle de la biologie se déplacent du côté des résistances*, ce qui est d'une importance considérable à nos yeux ; on voit se dessiner une évolution où *le psychisme se construit « contre » l'entourage et le biologique*.

D'un point de vue *technique* enfin : nous avons vu que Freud a adopté une attitude de plus en plus passive, érigeant en règles la neutralité et l'abstinence. Les interventions portent exclusivement sur le fonctionnement intrapsychique, mais ceci *en apparence seulement*. Nous insistons sur le fait qu'il s'agit en fait d'une apparence. En effet, que signifie mettre en évidence les résistances ? Si l'on considère les choses du point de vue de la relation thérapeutique, mettre en évidence les résistances consiste à entrer en conflit avec son patient, à montrer à ce dernier « qu'il ne joue pas le jeu » et à l'accuser indirectement de mal faire son travail d'analysé. Par contre, si l'on ne considère les choses que d'un point de vue intrapsychique, cela consiste à analyser des mécanismes psychiques, mais sans percevoir la nature conflictuelle de cette analyse.

Ainsi, en réalité, avec l'analyse des résistances, l'activité du psychanalyste revient au premier plan, mais elle est dissimulée par la théorie. À notre avis, ce problème ne peut être dépassé que si l'on considère que l'avènement du psychisme est dû aux tensions opposant les nécessités biologiques du sujet et les réactions de l'entourage. Nous illustrerons cette question au chapitre III.

2. L'ÉQUILIBRE PSYCHIQUE

Nous nous proposons de discuter, dans ce chapitre, les différents aspects constitutifs de l'équilibre psychique d'une personnalité. Au moment d'aborder le premier entretien, la connaissance de leur agencement et de l'influence des conditions d'observation sur la nature des phénomènes observés est indispensable. L'ignorance peut conduire à des erreurs logiques graves, erreurs de diagnostic et erreurs de stratégie thérapeutique.

De fait, la qualité des résultats obtenus en psychothérapie est fortement liée à la capacité du psychothérapeute de faire rigoureusement référence à un modèle théorique clair. Il paraît donc indispensable de rappeler ici quelques questions théoriques soulevées par la nature des phénomènes psychiques. Ces réflexions sont influencées par la pratique d'un service psychiatrique public extra-hospitalier dont la fonction est d'examiner et de traiter, sans discrimination, l'ensemble des patients qui le consultent. Ceci recouvre donc toutes les catégories diagnostiques, des psychoses aux névroses. Dans une telle situation, on est en droit d'exiger que le modèle de référence du thérapeute soit applicable à l'ensemble des malades. Les méthodes psychothérapiques sont donc considérées comme l'un des aspects de la prise en charge de ces derniers : leur état peut nécessiter l'application de mesures sociales, de traitements psychopharmacologiques ou même conduire à une hospitalisation. Mais, pour l'ensemble de ces mesures, le modèle théorique de référence doit être cohérent.

C'est pourquoi il convient de s'interroger sur ce que l'on entend par « psychisme » et sur les différents déterminants de l'équilibre d'une personnalité. Quel est le champ d'activité du psychothérapeute, quelles sont ses frontières avec d'autres aspects de la psychiatrie ? Quelles sont les possibilités et les limites de l'action du psychiatre ou du psychothérapeute ? Telles sont les questions auxquelles il conviendra de répondre au moment d'aborder le premier entretien. En effet, la ou les psychothérapies sont des techniques de soins s'adressant à une certaine catégorie de difficultés psychiques, mais la délimitation de ces troubles est assez difficile à faire, ce qui est d'ailleurs le problème de la psychiatrie dans son ensemble. La psychiatrie comporte la description d'un certain nombre de syndromes caractérisés par différents symptômes plus ou moins spécifiques, mais elle est compliquée par le fait que le domaine qu'elle recouvre est difficile à cerner.

Expliquons-nous : en médecine somatique, on utilise différents critères de classification des spécialités :

– par rapport à différents organes ou différentes parties du corps : pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, etc.,
– par rapport à diverses techniques : chirurgie, médecine interne, radiologie, etc.,
– par rapport aussi à l'âge d'apparition des troubles : pédiatrie, gériatrie.

La psychiatrie est à la fois semblable et différente. Semblable, en ceci qu'on peut la définir par rapport à son centre d'intérêt : le psychisme ; différente, en ceci que ce centre d'intérêt est bien difficile à délimiter. Dans le dictionnaire, sous « psychisme », nous trouvons la définition suivante : « l'ensemble particulier des faits psychiques ». Passons alors à « psychique » et nous lisons : « ce qui concerne l'esprit, la pensée, en tant que principe auquel on rattache une catégorie de faits d'expériences ». Nous allons alors nous renseigner sur « esprit » et nous trouvons les définitions suivantes : « Souffle de Dieu – inspiration provenant de Dieu – principe de la vie incorporelle de l'homme – émanation du corps – réalité pensante – principes de la vie psychique, tant affective qu'intellectuelle chez un individu. » (*Le Petit Robert.*) Comme on le voit, ces définitions semblent vouloir cerner quelque chose que l'on n'arrive guère à préciser et surtout elles sont tautologiques : de « psychisme », on passe à « esprit » ou « pensée », et d'« esprit » on passe à « réalité pensante » et « principes de la vie psychique ».

Par ailleurs, on ne saurait non plus définir la psychiatrie par rapport à la pratique : la psychiatrie n'est pas ce dont s'occupe le psychothérapeute ni ce dont s'occupe le psychopharmacologue... Les techniques auxquelles on recourt en psychiatrie sont multiples et sont d'ailleurs loin d'être toutes reconnues comme valables.

On a grand-peine à s'entendre sur ce qu'est le psychisme, on a grand-peine également à s'entendre sur les méthodes thérapeutiques. Ces dernières étant liées à des conceptions étiologiques, c'est à elles qu'il convient donc de s'intéresser. On réalise alors que l'on doit recourir à des notions très différentes pour expliquer l'étiologie des troubles psychiques :

– des notions *biologiques* : le cerveau semble être la base du psychisme ; de plus, la santé physique semble avoir aussi son importance, de même l'hérédité ;
– des notions *relationnelles* : de nombreux troubles psychiques sont liés à des difficultés avec l'entourage ;
– des notions *endopsychiques* : certaines difficultés peuvent être décrites essentiellement en termes de conflits intrapsychiques.

Chacune de ces conceptions étiologiques a donné naissance à des spécialités aussi caractérisées par des techniques thérapeutiques. En ce sens, on peut considérer que les psychothérapies sont des techniques thérapeutiques s'adressant aux troubles d'étiologie essentiellement endopsychique.

Mais, dans ce domaine encore, les modèles théoriques de référence sont extrêmement variables (théorie cognitiviste, théorie comportementale, théorie psychanalytique, etc.). De plus, ceux qui se réclament de la même théorie (plus particulièrement en psychanalyse) sont souvent loin de partager les mêmes idées. C'est que l'une des difficultés principales de la psychiatrie provient du fait que les mêmes syndromes, et non seulement les mêmes symptômes, peuvent avoir des étiologies extrêmement différentes, phénomène beaucoup plus marqué que dans le reste de la médecine. Pour éviter ce problème, on tend à parler en termes de « *normalité* » et de « *pathologie* », plutôt que de santé et de maladie. En effet, la notion de maladie implique, de manière générale, une référence étiologique, alors que la notion de normalité se fonde essentiellement sur la comparaison à une norme générale. Elle est donc plutôt liée à une notion *statistique*, tandis que celle de maladie l'est à une notion *étiologique*.

Ainsi, les plus récents systèmes de classification américains des maladies mentales (DSM IV) se fondent sur des critères statistiques et voudraient échapper aux idéologies étiologiques. Il est en effet très difficile de définir l'état de santé en psychiatrie et de nombreuses discussion ont constamment lieu sur les problèmes de normalité et de pathologie, mais la méthode statistique n'est pas obligatoirement la meilleure des solutions. Par exemple, il existe certaines formes de déviance qu'on a peine à qualifier de pathologiques : certains artistes, ou même les psychopathes qui, dans certaines sociétés, sont considérés comme de graves malades, alors que dans d'autres, il s'agit simplement de gens normaux, mais se conduisant mal, d'un certain point de vue. Par ailleurs, la schizophrénie et toutes les psychoses peuvent être considérées comme une anormalité (*délirare* = sortir du sillon) mais leurs manifestations pourraient aussi être considérées comme la meilleure adaptation à une situation familiale pathologique.

La multiplicité des théories étiologiques en psychiatrie reflète l'impasse où peut s'égarer une médecine fragmentée en d'innombrables spécialités et incapable de garder une vision holistique de l'homme. Les théories ont souvent été opposées, ce qui était source de conflits, alors que l'on aurait pu s'interroger sur leur éventuelle complémentarité. Ainsi, on a souvent considéré comme antagonistes les théories « organicistes », « psychogénétiques » ou « sociogénétiques » (antipsychiatrie) plutôt que d'envisager le fait qu'elles concernent des aspects différents de la réalité humaine.

Notons que, depuis un certain nombre d'années, on s'est orienté vers un point de vue dénommé « bio-psycho-social » (Engel, 1977), qui consistait à examiner l'homme d'un point de vue biologique, psychologique et social, chacun de ces domaines étant considéré comme complémentaire. Toutefois ce point de vue est loin de tout résoudre, dans la mesure où il consiste trop souvent à examiner les aspects biologiques, psychologiques ou sociaux, indépendamment les uns des autres ; ceci revient à « *additionner* » ces différents facteurs, plutôt qu'à les « combiner ».

Prenons l'exemple d'un ouvrier de chantier qui s'est signalé par sa force physique et son abattage au travail. À la cinquantaine, sa force a diminué, il n'est plus le meilleur et souffre de divers maux physiques mineurs qui finissent par le conduire chez le médecin somaticien. On le traite avec soin, mais sans succès, si bien qu'on l'adresse à un psychothérapeute, considérant que des facteurs psychologiques jouent un rôle prédominant dans les douleurs. Le psychothérapeute met en évidence un léger état dépressif et des sentiments d'insuffisance, mais rien ne permet de soupçonner que les douleurs soient psychogènes. Il propose quelques entretiens de soutien, mais insiste pour que le somaticien poursuive son traitement, car le patient n'est ni « simulateur », ni « hystérique ». Le traitement se poursuit donc sur deux voies parallèles : somatique et psychologique. Ce faisant, on « additionne » deux types de prise en charge : somatique *et* psychologique. De fait, les symptômes s'aggravent au lieu de s'améliorer et le patient finit par cesser définitivement toute activité.

L'erreur fut de ne pas percevoir le rapport entre l'état physique du patient et son état psychologique : ce patient, comme il arrive souvent, plaçait l'essentiel de son sentiment de valeur dans sa force physique. Cette dernière déclinant, l'équilibre narcissique était rompu. La démarche adéquate eût donc consisté à aider le patient à *trouver un autre équilibre narcissique*, non à soigner son psychisme *et* son corps.

Il convient de *déterminer les lois qui lient le psychisme à la biologie et à l'environnement*. Par exemple, déterminer comment des facteurs externes (environnement) peuvent aggraver ou au contraire atténuer une problématique névrotique, comment un facteur biologique peut influencer l'équilibre psychique, mais aussi déterminer la relative indépendance de ces éléments. En ce sens, il est probable que le modèle actuellement le mieux à même d'expliquer à la fois l'autonomie relative de ces différents systèmes et leur dépendance soit celui de l'« *auto-organisation des systèmes biologiques* » (Varella *et al.*, 1989). Toutefois, nous ne nous hasarderons pas à établir des analogies douteuses et nous insisterons simplement sur l'importance de porter son attention sur la *combinaison* des facteurs mentionnés et non sur leur addition. De même, en ce qui concerne

les modèles théoriques, il s'agirait plutôt de voir comment ils pourraient se *combiner* ; par exemple, se demander en quoi l'approche systémique peut être utile à la psychanalyse ou en quoi l'approche psychanalytique peut être utile aux techniques d'inspiration systémique.

La caractéristique de cet ouvrage est que l'on y raisonne en termes d'*équilibre* et de *déséquilibre* (homéostasie) en considérant que l'équilibre d'une personnalité se fonde sur *différents appuis* : biologiques, intrapsychiques (psychodynamique) et environnementaux et relationnels. On admet que l'équilibre psychique se fonde sur la combinaison de ces différents ordres de facteurs qui, tous, peuvent être à l'origine de troubles psychiques sans que l'un puisse être totalement écarté. C'est pourquoi on s'intéresse au *fonctionnement psychique* plutôt qu'à des maladies. Ceci se fonde sur l'idée que, si l'on veut comprendre le mode d'action et la spécificité des diverses techniques thérapeutiques utilisées, il convient de considérer la personnalité dans sa *globalité*, c'est-à-dire envisager l'équilibre psychique comme le fruit de la combinaison de ces trois ordres de facteurs : biologiques, intrapsychiques et relationnels (sociaux).

Par ailleurs, les troubles du fonctionnement sont examinés selon l'*axe du développement psychique*. Ainsi, le déséquilibre peut surgir à diverses étapes du développement psychique de l'individu. De plus, à chacune de ces étapes, l'équilibre peut être fondé sur des combinaisons très différentes des facteurs mentionnés. On conçoit, dès lors, la fragilité de cet équilibre global et l'importance des risques qu'encourt l'individu : une atteinte biologique, une difficulté relationnelle ou un trouble de l'organisation de l'appareil psychique peuvent provoquer une crise, et ce à chacune des étapes du développement.

En ce qui concerne la psychothérapie, seule une connaissance tant soit peu précise des constituants de la personnalité permet de décider de la nécessité ou la non-nécessité d'un changement psychique chez un patient, de mesurer les possibilités de traitement ou les risques encourus. On doit donc se demander ce qu'est une personnalité, ce qui entretient son équilibre, ce qui peut provoquer un déséquilibre, la détériorer plus ou moins gravement, etc.

2.1. La personnalité

La notion de personnalité est particulièrement difficile à cerner et les tentatives de définitions sont nombreuses. Ainsi Gordon-

W. Allport retient la définition suivante : « La personnalité est l'organisation dynamique des systèmes psychophysiques qui, chez l'individu, déterminent son adaptation caractéristique à son environnement. » (1937, p. 48.) Une telle définition est clairement marquée par la pensée de l'auteur, qui considère la personnalité comme un système organisé (donc susceptible de désorganisation), physiologique et psychologique, qui détermine certains comportements et pensées caractéristiques de ses rapports à l'environnement ; ceci revient à dire que la spécificité d'un tel système peut se mesurer par les pensées et les comportements des individus dans leurs rapports à l'environnement. En dépit de l'aspect très séduisant et complet de cette définition, on devrait, dans un premier temps, s'en tenir à une désignation plus générale, qui préjuge le moins possible de ce qui constitue la personnalité. En effet, parler de « système » ou d'« ajustement à l'environnement » c'est préjuger de la manière dont une personnalité fonctionne. C'est pourquoi, dans un premier temps, il convient de s'en tenir à la définition la plus générale possible, telle celle donnée par un dictionnaire : *La personnalité consiste en ce qui fait l'individualité d'une personne morale* (*Le Petit Robert*).

En considérant ainsi les choses, on peut dire que la personnalité, c'est ce qui distingue un individu d'un autre, c'est aussi ce qui l'unit à l'autre. À partir de là on peut admettre que, dans l'absolu, toutes les personnalités sont différentes les unes des autres, mais qu'il sera possible de définir différentes *catégories de personnalités* sur la base de certains traits communs. Cette catégorisation dépendra du choix des éléments de comparaison. Ce choix se fonde sur les références théoriques de l'auteur aussi bien que sur ses intérêts spécifiques (par exemple, intérêt psychothérapique).

Grosso modo toutefois, on peut admettre que la personnalité se définit toujours par rapport à deux axes : l'axe interpersonnel et l'axe temporel. L'axe interpersonnel concerne les rapports entre personnes d'une même génération : ressemblances et dissemblances, identité. L'axe temporel concerne les rapports entre générations et le développement du sujet.

2.1.1. Axe interpersonnel

La notion de personnalité concerne des domaines aussi divers que biologie (le corps), psychologie, sociologie, etc. ; chaque théorie insiste plus particulièrement sur l'un ou l'autre de ces aspects mais, en fait, tous contribuent à la constitution de la personnalité. Il est donc pratiquement impossible d'aborder le sujet de manière tant soit

peu exhaustive. Les notes suivantes montrent quelques problèmes ou quelques lignes directrices de recherches.

■ *Biologie et personnalité*

L'orientation de cet ouvrage est essentiellement psychothérapique, mais, comme le fonctionnement psychique s'appuie sur la biologie, quelques mots sur la manière dont on a considéré les aspects biologiques en psychiatrie sont indispensables. Ces derniers sont multiples et concernent aussi bien la génétique, le fonctionnement cérébral, que l'intégrité du corps dans son ensemble.

Au cours de l'histoire, de nombreux auteurs se sont intéressés aux rapports éventuels entre la personnalité et la structure du corps. Certaines conceptions actuellement dépassées méritent d'être rappelées dans la mesure où elles reflètent un mode de pensée que nous n'avons pas totalement abandonné. Ainsi en est-il de ce qu'on a dénommé « biotypologie ». Cette dernière recherchait les corrélations possibles entre la forme du corps, la physiologie et le comportement psychologique. Cette approche date de la période hippocratique déjà et, depuis lors, les recherches ont évolué dans trois directions principales : les biotypes physiques (forme et aspect du corps), les biotypes de tempérament (traits du comportement) et les biotypes du caractère (caractère d'un individu). Ces études sont tombées en désuétude, mais elles n'en reflètent pas moins la manière dont on a pu aborder la question de la personnalité ; or le type de raisonnement qui les sous-tend est encore bien présent dans nombre de recherches modernes. Rappelons donc que de nombreuses écoles se sont penchées sur la biotypologie.

La typologie allemande (E. Kretschmer) décrit quatre types :

- le type pycnique : sujet large, avec des extrémités petites et une tête élargie ;
- le type athlétique : développement important de la musculature et de l'ossature ;
- le type leptosome ou asthénique : taille élancée, mince, avec un faible développement de la musculature et de l'ossature ;
- le type dysplasique : irrégularités, dysmorphies et dissymétries du corps.

La classification typologique de Kretschmer a longtemps été utilisée par la psychiatrie allemande et suisse, en dépit de son absence de fondement scientifique valable.

Un autre auteur, Sheldon, a essayé d'aborder les choses de manière plus scientifique en établissant une typologie sur la base de mensurations. Se fondant sur la comparaison de photographies faites selon

des procédés standardisés, il établit des échelles mesurant les tendances de la structure somatique, ce qui lui permet de décrire trois éléments structuraux primaires :

– l'endomorphie, caractérisée par le développement de la masse viscérale (le « gras ») ;
– la mésomorphie, caractérisée par le développement des muscles, des os et du tissu conjonctif (l'« épais ») ;
– l'ectomorphie, caractérisée par la grande surface de la peau et la finesse de la silhouette.

La biotypologie somatique ne nous intéresserait que médiocrement si l'on n'avait essayé d'établir des rapports entre la constitution somatique et certaines maladies psychiques : pour E. Kretschmer, au type pycnique correspondrait un caractère extraverti, une humeur changeante, avec prédominance de la jovialité, une grande sociabilité, mais avec une superficialité des contacts ; de plus, il prédisposerait à la cyclothymie (variation cyclique de l'humeur entre l'euphorie hypomaniaque et légère dépression) et à la psychose maniaco-dépressive. Le type asthénique ou leptosome correspondrait à un sujet renfermé, introverti, d'humeur assez égale ; il serait prédisposé à la schizoïdie ou à la schizophrénie. Le type athlétique présenterait un caractère irritable, une grande labilité émotionnelle, une tendance à la passivité et à la persévération ; il serait prédisposé à l'épileptoïdie ou à l'épilepsie.

Pour Sheldon, l'« endomorphie » correspondrait, à ce qu'il avait appelé « viscérotonie » : sujets goulus, gourmands, avides d'affection et d'amour. À la mésomorphie correspondait la « somatotonie » : caractère solide, agressif. L'ectomorphie correspondait à la « cérébrotonie » : sujets fuyant la société, très inhibés et intellectualisants.

On reconnaît ici un mode de pensée biologisant, établissant un rapport de causalité directe entre un type de constitution et un type de problématique psychique. Bien qu'il soit manifestement suranné, il n'en laisse pas moins des traces importantes dans nombre de positions idéologiques (racisme) ou scientifiques actuelles. Par exemple, nombreux sont ceux qui établissent un rapport de cause à effet entre troubles de la neurotransmission et psychoses. De même, les études à la mode sur la co-morbidité apparaissent trop souvent comme un moyen de revenir à des principes causalistes directs, semblables à ceux qui sous-tendaient les recherches de biotypes. On additionne les maladies plutôt que d'en comprendre la combinaison.

Relevons ici que les psychopharmacologues renoncent de plus en plus à chercher une éventuelle corrélation entre une maladie et un trouble biologique ; ils s'orientent vers la notion de « dimension », qui consiste à étudier les corrélations entre des troubles psychiques

simples, tels que l'impulsivité, et un soubassement biologique spécifique, ce qui est très proche de nos conceptions (Baruch *et al.*, 1992).

Si l'on cherche à dépasser un raisonnement causaliste simpliste, on en arrive à la constatation qu'existe un équilibre corps-esprit déterminé par un certain nombre de facteurs, dont les principaux sont :

– le fonctionnement cérébral,
– le fonctionnement des autres systèmes organiques,
– l'affectivité.

Cet équilibre, de type homéostasique, dépend certainement de l'intégrité du système nerveux central. En effet, on connaît de mieux en mieux l'effet de certaines détériorations cérébrales. Il semble toutefois exister une différence assez nette selon que ces atteintes sont diffuses ou localisées. En cas d'atteinte diffuse, le fonctionnement psychique est altéré : l'exemple du syndrome psycho-organique en témoigne. Il est caractérisé par des troubles de l'humeur et de la cognition et par une grande suggestibilité. On connaît aussi les psychoses toxiques. Par contre, en cas d'atteinte localisée, les manifestations neurologiques sont au premier plan, alors que les troubles affectifs ne sont pas constants, apparaissent surtout comme « réactionnels » à l'atteinte cérébrale et varient selon les personnalités. Ce qu'on appelle psychisme pourrait bien être le produit de la complexité cérébrale et non une fonction localisée.

Il semble donc que le fonctionnement de « l'appareil psychique » dépende de l'intégrité globale du système nerveux central. De plus, il se caractérise par une certaine capacité de prendre distance du corps (clivage corps-esprit). À partir de cette prise de distance, va s'établir une sorte de dialogue corps-esprit : l'esprit pourra réagir aux atteintes corporelles et le corps pourra réagir aux troubles psychiques. Nous verrons plus loin comment le psychanalyste peut se représenter ce processus de *mise à distance du corps et de l'esprit*, que l'on peut appeler « mentalisation ».

On sait que le corps dans son ensemble (peau, système gastro-intestinal, etc.) peut être touché par des troubles affectifs (maladies psychosomatiques). Par ailleurs, le sujet n'a pas toujours une vision « objective » de son corps. Par exemple, un patient présentant une grave anomalie congénitale d'une main parlait de « ses dix doigts », contrairement à l'évidence. Une autre patiente avait un comportement exhibitionniste et séducteur alors qu'elle présentait une énorme « tache de vin » sur le visage. De même, un paraplégique peut compenser partiellement son handicap par une attitude psychologique dynamique et positive alors qu'un autre peut, au contraire, se laisser aller et se montrer revendicateur…

Ces quelques idées générales n'ont d'autre but que de rappeler que l'adage grec « un esprit sain dans un corps sain » est aussi valable aujourd'hui qu'il l'était hier, et surtout qu'il est utile de raisonner en termes d'équilibre et non de causalité linéaire.

■ *Entourage et personnalité, le caractère*

Un sujet est toujours en relations avec son entourage. Même l'évitement des contacts est encore une manière d'entretenir une forme de rapport à l'environnement. D'un point de vue psychologique, c'est essentiellement le caractère qui décrit la manière dont le sujet aménage ses relations interpersonnelles. Nous verrons plus loin, en développant notre théorie de l'étayage objectal du fonctionnement psychique, que le caractère peut être considéré comme un pont entre la psychologie individuelle et la psychologie collective.

Pour l'instant, contentons-nous de quelques précisions : les théories psychodynamiques se sont beaucoup intéressées à des notions telles que « caractère », « organisation » de la personnalité ou « structure » de la personnalité, notions qui parfois se recoupent parfois se différencient selon les auteurs. Définissons donc ce que nous entendons par caractère :

Le caractère est l'ensemble des manières individuelles de sentir et de réagir qui distingue un individu de l'autre. Il s'agit d'une manière d'être constante alors que l'humeur est une disposition passagère.

Cette définition, qui fait appel aux manières individuelles de sentir et de réagir, est donc nettement *plus restrictive que celle de la personnalité* qui, elle, englobe tout ce qui fait une personne.

Les caractérologies sont multiples, mais la psychanalyse a pris de plus en plus d'importance dans ce domaine. Selon la psychanalyse, le caractère est décrit comme le fruit d'un équilibre dynamique entre des forces contradictoires (pulsions) : libidinales ou agressives, correspondant aux stades évolutifs bien connus du développement de la personnalité : oral, anal, génital. À chacun d'eux correspondrait une organisation caractérielle plus ou moins spécifique : caractère « oral », « anal », « phallique » ou « génital ». Toutefois, il convient d'ajouter que, selon la majorité des auteurs, le caractère est le résultat de l'action de certains *mécanismes de défense*, parmi lesquels on cite en particulier la formation réactionnelle, qui consiste en une attitude opposée aux désirs profonds (on fait le contraire de ce que l'on désirerait : excès de propreté, soumission de l'obsessionnel que l'on ressent pourtant profondément agressif, par exemple). De fait, le rapport entre caractère et mécanismes de défense pose certains problèmes sur lesquels nous ne pouvons nous étendre. Relevons toutefois un point

fondamental : le caractère se repère dans la manière dont le sujet entre en relation avec son environnement et il semble hasardeux de ne le décrire qu'en termes de fonctionnement intrapsychique (mécanismes de défense). Il est certaines constantes relationnelles qui traduisent le caractère d'un individu. En ceci, le caractère est à la *frontière du monde intrapsychique et du monde relationnel.*

La position psychanalytique, qui consiste à étudier les aléas des désirs du sujet, à savoir pulsions et mécanismes de défense, décrit essentiellement le versant psychique du caractère, mais n'en définit pas l'aspect « relationnel ». La conception de « relation d'objet », qui pourrait pallier ce manque, concerne en réalité les relations aux objets internes (représentations d'objets) et non les objets réels du désir.

Les rapports du sujet aux *objets externes* constitueront la clé de voûte de cet ouvrage. La thèse fondamentale est que *le caractère d'un individu se lit dans les réactions de l'entourage. Ces réactions sont inconsciemment anticipées par le sujet, qui se voit ainsi conforté dans ses fantasmes.*

Par exemple, un patient souffrant de tendances paranoïaques « s'attend à des injustices ». En raison de cette attente, par son attitude, il provoque des attitudes de refus, ce qui le conforte dans la certitude que le monde est injuste. Ce type de provocation se lit dans le style d'interactions répétitives (patterns répétitifs) induites par le sujet. En ce sens, l'équilibre psychique du sujet dépend aussi de l'entourage.

Ainsi, on conçoit que le fonctionnement psychique s'appuie d'un côté sur la biologie (intégrité biologique) et, de l'autre, sur l'environnement (caractère).

■ *Organisation intrapsychique*

Le troisième aspect concerne le monde intrapsychique. Depuis les travaux de S. Freud, on sait que le psychisme est doté d'une organisation interne, que l'on a cherché à décrire en utilisant deux modèles principaux : le modèle de l'inconscient (Inconscient-Préconscient-Conscient) et le modèle dit structural (Moi-Ça-Surmoi). Au cours des dernières décennies, les psychanalystes se sont beaucoup intéressés à la stabilité de cette organisation et ont insisté sur la notion de *structure psychique.*

Otto F. Kernberg (1989, p. 7) rappelle que « le concept psychanalytique de structure mentale, introduit par Freud en 1923, fait référence au postulat de la division de la psyché en Moi, Surmoi et Ça. » Dans le cadre de la « psychologie du moi », l'analyse structurale par-

tait du point de vue (Hartmann *et al.*, 1946 ; Rapaport et Gill, 1959) selon lequel le Moi peut être conceptualisé comme :

- l'ensemble de « structures », ou configurations, qui changent lentement et déterminent le cheminement des processus mentaux ;
- les processus mentaux eux-mêmes, ou « fonctions », et
- des « seuils » d'activation de ces fonctions et configurations. « Les structures, selon cette conception, sont des configurations relativement stables de processus mentaux ; le Surmoi, le Moi et le Ça sont des structures qui intègrent dynamiquement des substructures, telles que les configurations cognitives et défensives du moi. »

La structure est, dans le sens où nous utiliserons ce terme, une notion spécifiquement psychanalytique, proche des conceptions de Kernberg ou de J. Bergeret ; selon ce dernier, on peut la définir ainsi : « La *structure* de base de la personnalité correspond à l'ensemble des mécanismes psychiques mis en œuvre dans toute originalité individuelle et en même temps aussi à la façon dont ces mécanismes ont l'habitude d'entrer en interaction les uns avec les autres, de façon spécifique et latente. » (Bergeret, 1975, p. 60.)

Dans cette acception, la structure se définit en termes métapsychologiques (théoriques), elle est invisible, au contraire du caractère qui, lui, se manifeste dans les relations interpersonnelles. *Le caractère est l'une des manifestations visibles de la structure*. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

En résumé, et très schématiquement, on considère que la *personnalité* est une notion globale comprenant l'ensemble des éléments qui font l'originalité de l'individu (fondements biologiques, relations à l'entourage, appareil psychique) ; le *caractère* est la manifestation de la subjectivité de l'individu dans les relations à l'environnement et la *structure* concerne l'organisation intrapsychique de l'homme.

2.1.2. Axe temporel

Une personnalité se définit aussi par rapport à l'axe du développement. Une personnalité peut être pleinement développée (pleine maturité) ou souffrir de troubles du développement (immaturité, déficits). Cette perspective est souvent envisagée selon deux orientations, en apparence opposées : déterministe ou indéterministe. Au « déterminisme » correspondrait le point de vue génétique (hérédité). Au « dynamisme » correspondrait mieux le point de vue psychogénétique.

Ainsi, selon les théories des biotypes, on héritait de telle ou telle constitution qui paraissait définitivement fixée. Par contre, d'un point

de vue psychogénétique, l'apparence corporelle dépend beaucoup plus de la maturation affective. De fait, on ne devrait jamais oublier que ces deux points de vue sont complémentaires et que leur opposition tient beaucoup à la manière dont les uns et les autres ont envisagé les rapports de causalité et la nature de la réalité observée. Ainsi, les généticiens se préoccupent de la réalité observable alors que les psychanalystes s'intéressent à la « réalité » subjective.

■ *L'hérédité*

L'hérédité peut être définie comme un mécanisme de transmission de particularités normales ou pathologiques préexistant au développement individuel et non modifiables par les influences du milieu. Les facteurs héréditaires ont leur siège dans les chromosomes. L'hérédité existe essentiellement sous la forme de ce que l'on appelle « constitution » et d'un plan inné de maturation (potentialités développementales à la naissance). La « constitution » désigne la structure du corps et l'agencement respectif de ses différentes parties, y compris le psychisme, sous l'influence cumulée de l'hérédité et du milieu, au cours des premiers stades du développement, et surtout des stades embryologiques.

De fait, rares sont les troubles psychiques clairement déterminés par l'hérédité ; cette dernière joue un rôle dans quelques maladies essentiellement neurologiques, comme la « chorée de Huntington » ou certaine forme d'épilepsie ; elle paraît aussi avoir son importance dans des troubles plus franchement psychiatriques comme certaines dépressions et les schizophrénies. Dans ces derniers cas, l'hérédité semble être un facteur prédisposant plutôt que déterminant.

Par contre, en ce qui concerne la personnalité, on ne possède que des renseignements très fragmentaires et insuffisants sur l'hérédité des traits de caractère, du tempérament, ou sur l'hérédité dite normale, dans la mesure où l'influence du milieu joue toujours un rôle important et peut déterminer des pseudo-hérédités en cascade, dont il est difficile de tenir compte dans les théories héréditaires : par exemple, en ne considérant que l'arbre généalogique, on oublie l'influence de l'apprentissage, de l'imprégnation des enfants par le milieu : le développement de la personnalité, de la naissance à l'âge adulte, se fonde sur des bases biologiques et environnementales.

À l'heure actuelle, on s'intéresse surtout aux *potentialités évolutives* transmises héréditairement. Grâce aux observations directes des nourrissons, on connaît de mieux en mieux leurs potentialités innées. Ces études démontrent de plus en plus clairement leurs importantes aptitudes à la naissance : aptitudes cognitives telles que reconnaissance de la voix humaine, de l'odeur du lait maternel, des images

humaines, etc., recherche de stimulations sensorielles, toutes aptitudes d'ailleurs inséparables des processus affectifs. Il convient cependant de ne pas oublier, en ce qui concerne l'organisation de la personnalité, que ces facultés innées sont d'emblée modelées par l'action du milieu et les vicissitudes de l'histoire du sujet (enfance et adolescence, Stern, 1989).

■ *Pseudo-hérédité : la psychogenèse*

Ce qui intéresse avant tout le psychothérapeute, c'est le développement des facultés dites « psychiques », dans la mesure où c'est sur elles que s'exercera son activité. Cet appareil psychique se construit sur un détachement progressif et simultané de l'environnement et du corps. Il comporte deux aspects fondamentaux certainement intriqués : l'affectivité et la cognition. C'est cette intrication qui est le centre d'intérêt du psychanalyste ; il n'est peut-être pas inutile d'en rappeler la raison.

Chez les espèces animales, les facultés cognitives s'exercent d'ordinaire sur l'environnement : on apprend à reconnaître ses semblables, une proie, un ennemi ou tout autre danger, à retrouver son gîte, etc. Selon la nature de l'objet reconnu, l'animal réagit par des manifestations que l'on pourrait qualifier « d'affectives », ce qui se traduira par différents comportements, dont les principaux sont : l'attaque, la fuite ou la paralysie. Il s'agit là de réactions à la « réalité externe » ; mais notons aussi que l'animal est capable de *jouer*, ce qui signifie qu'il peut faire « comme s'il » attaquait, « comme s'il » fuyait, etc. Il peut aussi jouer avec des objets (pelote de laine, balle, etc.), ce qui paraît montrer qu'il peut jouer avec des *représentations* de la réalité. Chacune de ces activités est accompagnée de *manifestations affectives*. Loin de nous l'idée de faire de l'éthologie à bon marché, mais il s'agit simplement de rappeler qu'il existe, chez nombre d'espèces animales, différents types de relation à l'environnement : relation directe, relation de jeu, relation médiatisée par des « objets » que l'on pourrait qualifier de « symboliques », relations particulièrement importantes chez l'homme.

Or chacun s'accorde à dire que l'importance du monde des *représentations* et du *jeu* est l'une des caractéristiques principales de l'espèce humaine, par comparaison aux autres espèces. Celui-ci prend progressivement plus de place que la réalité externe dont il se détache peu à peu. L'acquisition du langage appartient à ce mouvement. Ainsi l'homme prend-il plaisir à se raconter des histoires, à lire des romans, à voir des films, des pièces de théâtre, etc. Cette capacité de se détacher de la réalité externe et d'en appeler à des images internes permet d'*anticiper mentalement* nombre d'événements de

toute nature, affectifs aussi bien que scientifiques, et de réagir affectivement et intellectuellement à des situations *autant imaginaires que réelles*. Il n'est donc pas étonnant que l'on puisse attribuer certains troubles psychopathologiques à des facteurs « intrasubjectifs ».

La plupart des auteurs attribuent l'origine de la vie mentale de l'homme à la grandeur considérable du cerveau et à « l'altricialité » (immaturité à la naissance qui, pendant de longues années, fait que la maturation de l'enfant dépend fortement de l'environnement). C'est très probablement la combinaison de ces deux facteurs (biologique et écologique) qui explique l'énorme importance des *fantasmes* dans le comportement de l'adulte ; un peu comme si, incapable de réaliser lui-même ses propres désirs, l'enfant avait été contraint de compenser cette insuffisance par l'augmentation de ses performances imaginaires : ce qu'il ne peut faire dans la réalité, il réussit à l'imaginer, et ce en éprouvant un certain plaisir. C'est en tout cas l'hypothèse formulée par Freud pour construire sa théorie des fondements de l'activité onirique (théorie de l'hallucination primitive) (Freud, 1929). Ainsi, il a été amené à rapporter l'origine des troubles névrotiques aux aléas du développement psychique à partir de la naissance. Toutefois, dans son intérêt pour les processus psychiques, il en est arrivé à détourner son attention des aspects biologiques ou environnementaux susceptibles d'influencer ces derniers, mais sans jamais nier leur importance.

Le point de vue est moins déterministe, puisqu'il fait dépendre le développement de la personnalité de deux facteurs : la biologie et l'environnement. Cependant, lorsque Freud s'intéresse au développement de la personnalité, il parle de psychogenèse, notion qui se substitue à celle d'hérédité. Il décrit ainsi le développement de la personnalité dans sa subjectivité ; il le fait sous la forme d'hypothèses construites à partir de l'observation psychanalytique des adultes ; il reconstruit le passé pour expliquer le présent : c'est le passé tel qu'il est présenté subjectivement par l'adulte qui est en cause. Si bien que les thèses freudiennes peuvent être comme un *modèle de référence* utile à l'analyste plutôt que comme le reflet d'une réalité objectivable : on reste constamment dans le domaine de la subjectivité. Ce modèle est *autoréféré* et ne demande pas de vérification par observation directe ; la seule vérification recherchée est celle fournie par la psychanalyse elle-même : c'est l'utilité de cette référence au passé, psychogenèse, pour le processus psychanalytique qui valide le modèle. Cette caractéristique de la psychanalyse a été l'objet de débats passionnels sur lesquels il est inutile de revenir. Il s'agit simplement de préciser que la vision psychanalytique du développement n'est pas d'ordre historique ; elle consiste à définir différents types d'organisation de personnalité adulte correspondant à

différents niveaux de maturation que l'on rapporte à un passé hypothétique (il ne s'agit pas du passé réel mais d'un *passé « reconstruit »*).

Le psychanalyste ne nie ni la réalité externe (historique), ni l'hérédité : il ne s'en occupe simplement pas (du moins en théorie). Il n'en perçoit que les éventuels effets sur le psychisme du sujet. Une telle conception a eu l'avantage de permettre à des générations de psychanalystes d'acquérir une connaissance incomparable du psychisme humain, mais elle n'a pas permis de comprendre les rapports entre biologie, environnement et fonctionnement psychique, même si aucun psychanalyste n'a jamais vraiment nié l'influence respective de la maturation biologique et de l'entourage sur le développement de l'enfant. Et surtout, si ce point de vue est moins déterminant que le précédent, s'il accorde plus de place à la notion d'évolution, il a le défaut, pour le scientifique, de ne se fonder que sur la subjectivité et de n'offrir aucune possibilité de vérification.

Nous nous proposons de montrer dans les chapitres suivants qu'un modèle intégratif peut offrir une issue à cette impasse et fournir un puissant outil diagnostique et thérapeutique, surtout lors des premiers entretiens. Pour ce faire, on s'interrogera sur la logique générale liant les trois aspects principaux de la personnalité : la biologie, l'écologie et l'intrapsychique. Sur la base de nos observations cliniques, nous tenterons d'esquisser un modèle théorique sommaire du développement psycho-affectif impliquant la maturation biologique et la participation de l'entourage.

3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNALITÉ

La thèse de cet ouvrage est que la relation qu'établit d'emblée le patient avec son thérapeute, lors du premier entretien, fournit la clé du diagnostic. Ce diagnostic portera essentiellement sur l'organisation de la personnalité du patient et sur la crise l'ayant conduit à consulter. Cette optique rejoint la question, amplement débattue en psychanalyse, des « relations d'objet » et celle de la logique générale liant les trois aspects principaux de la personnalité (corps-esprit-entourage). L'approche habituelle du psychanalyste ne permet guère de poser un diagnostic précoce au sens où nous l'entendons : il

réclame d'ordinaire prudemment plusieurs heures avant de se prononcer sur la structure d'un patient. Il prend en considération les mécanismes de défenses, le type d'angoisse, la nature des conflits et des imagos, autant de facteurs qui ne peuvent se déceler qu'après un certain temps d'analyse.

Or, depuis plus de vingt ans, nous avons montré dans notre travail clinique qu'il est possible de prédire avec précision la nature de ces différents éléments sur la base de l'analyse des interactions précoces entre le psychothérapeute et son patient. Le plus difficile, pour nous, a été de comprendre la méthode que nous adoptions pour résoudre les problèmes dont nous avions la solution. Tout aussi difficile est la question du modèle théorique qui sous-tend ladite méthode. Nous savons depuis longtemps que tant la méthode que la théorie se situent en porte-à-faux sur une approche psychanalytique et sur une approche systémique (Gilliéron, 1979). Cependant, définir avec précision le pont liant ces deux théories n'est pas chose aisée. Il nous semble toutefois indispensable de le faire, si l'on veut permettre au lecteur de saisir notre approche. Signalons d'emblée que deux auteurs nous ont été d'un grand secours : D. Winnicott et G. Bateson. Tous deux se sont penchés sur la question des relations interpersonnelles, le premier adoptant un point de vue psychanalytique, le second un point de vue systémique.

C'est sur la base de la dynamique interactive unissant l'homme à son entourage que nous pourrons poser un diagnostic précoce lors du premier entretien et planifier rapidement le traitement. En effet, l'« objet externe » peut avoir des fonctions extrêmement différentes pour le sujet. En apprenant à déterminer la fonction qu'attribue le patient à ses proches ou à son thérapeute, on réussira à *définir son organisation de personnalité*. Cette analyse se fait donc à partir d'éléments concrets et objectivables, à savoir la nature des relations permanentes recherchées par le sujet. Pour le psychanalyste, ceci concerne le domaine théorique de la relation d'objet[1]. Pour notre part, nous avons tenté de développer une théorie de l'*étayage objectal* du fonctionnement psychique.

Nous verrons, au cours des chapitres suivants, les possibilités d'application du modèle de l'étayage objectal pour le diagnostic et la technique d'intervention lors du premier entretien. Auparavant, nous essayerons de comprendre la logique unissant les trois ordres de facteurs constituant la personnalité. Ensuite, nous essayerons d'examiner comment on peut se représenter le développement du psychisme

1. L'objet, pour le psychanalyste, est la personne réelle ou fantasmatique sur laquelle se dirigent les désirs du sujet.

entre corps et entourage (corps et objet). Nous y verrons l'importance du contexte dans la constitution même de ce que nous appelons psychisme, et nous serons conduit à émettre des hypothèses remettant en cause nombre de conceptions psychiatriques ou psychanalytiques actuelles. Toutefois, l'ensemble des hypothèses émises se fonde sur l'observation clinique à la lumière combinée de la théorie psychanalytique et de la théorie systémique. Elles se fondent aussi sur notre pratique thérapeutique : l'observation enrichit la théorie, la théorie permet l'expérimentation de nouveaux moyens thérapeutiques ; les résultats de ces expériences nous conduisent à l'affinement de nos observations et de nos méthodes.

3.1. De la pratique à la théorie

Nous commencerons à définir la logique générale liant les trois aspects principaux de la personnalité, à savoir la biologie, l'environnement et le « psychisme », en nous interrogeant sur les pratiques thérapeutiques appliquées à la psychopathologie. Si l'on veut déterminer quelques règles fondamentales, on doit commencer par se poser quelques questions simples. Le but est de comprendre l'articulation éventuelle des différentes mesures prises en faveur des patients souffrant de troubles psychiques. On se demandera : quand est-il indispensable d'*hospitaliser* un patient en milieu psychiatrique (mesure sociale) ? quand est-il indispensable de proposer une *psychothérapie* (mesure purement « psychique ») ? quand est-il indispensable d'instituer un *traitement psychopharmacologique* (mesure « biologique ») ? Cette formulation montre que les mesures sociales, psychothérapiques ou psychopharmacologiques peuvent varier selon les auteurs. C'est pourquoi il paraît nécessaire de commencer par s'interroger sur un *consensus* : quand la presque totalité des psychiatres se montrent d'accord pour prescrire tel ou tel traitement. L'observation de ces comportements, qui révèle ce que le psychiatre est contraint de faire en fonction de la psychopathologie du patient, doit permettre de déduire les principales lois qui régissent le fonctionnement psychique de l'homme. Ainsi, il ne s'agit pas de décrire le psychisme humain dans toutes ses particularités, mais d'esquisser des *lois générales* qui ne soient pas contredites par des études plus détaillées. Comparer les différentes pratiques, manifestations objectivables, permet de déterminer une logique. Pour ce faire, on doit partir du principe que la relation thérapeutique vise à favoriser un changement chez le patient.

Sur la base des considérations précédentes, nous émettrons les hypothèses suivantes :

- toute relation interpersonnelle est dotée de propriétés dites « *systémiques* » ; c'est-à-dire qu'elle est dotée de caractéristiques spécifiques qui ne correspondent pas à la simple addition des traits de personnalité des partenaires ;
- il existe un rapport logique entre les *phénomènes « psychiques »* postulés par Freud et les *propriétés systémiques* de la relation interpersonnelle. Ce que l'on dénomme « psychisme » est une propriété émergente[1] d'un certain type de relations interpersonnelles ;
- le psychisme a une fonction équilibrante dans le rapport du sujet à l'entourage (rôle tampon) ;
- la logique définissant le rapport entre phénomènes psychiques et relations aux objets réels est déterminée par cette *fonction équilibrante*.

Une telle perspective peut être considérée comme « systémique » puisqu'elle sous-entend que l'homme, dès la conception, est en interactions constantes avec son environnement. L'influence du milieu joue un rôle très important dans le développement du fœtus, puis du nouveau-né (altricialité), par rapport aux autres espèces animales. En considérant ainsi les choses, on peut faire les constatations suivantes :

- il est pratiquement impossible de traiter un malade souffrant de psychose (dépressive ou schizophrénique) sans recourir à un médicament psychotrope ;
- il est exceptionnel que l'on prescrive un médicament psychotrope majeur chez un malade névrotique ; le traitement proposé est, dans la grande majorité des cas, d'ordre psychothérapique ;
- il existe une vaste classe de patients, qualifiés d'ordinaire de « *borderline* » ou « états-limites », où l'on oscille entre propositions de mesures purement psychothérapiques et mesures psychopharmacologiques ;
- en cas d'atteinte cérébrale-organique avérée, on doit le plus souvent prescrire des psychotropes ;
- dans tous les cas où l'on a été contraint de prescrire des psychotropes, des mesures d'ordre psychosocial sont nécessaires (hospitalisation, mesures de réhabilitation, tutelles, etc.).

Le tableau 2 (*cf.* page suivante) permet de schématiser les principes qui viennent d'être mentionnés.

---

1. Émergence : apparition de propriétés nouvelles.

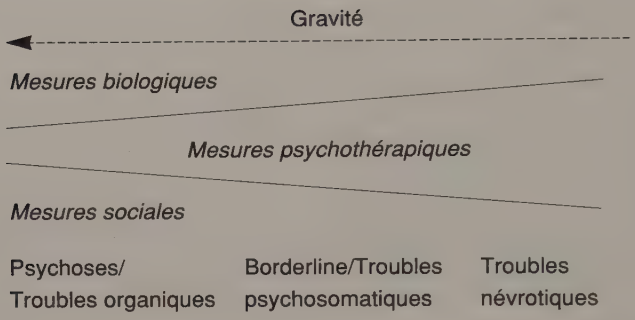


Tableau 2 : Mesures thérapeutiques usuelles selon la psychopathologie.

Ce schéma illustre le fait que plus un sujet est gravement perturbé, plus il a besoin d'un appui psychopharmacologique et d'un appui social. Cependant, on sait aussi qu'un homme sain psychiquement peut compenser certains déficits somatiques (handicaps) ou environnementaux (deuils, difficultés professionnelles, par exemple).

L'observation de ces différents points permet de définir une première loi générale :

> Il existe un rapport de proportionnalité directe entre l'importance du soubassement biologique d'un trouble psychique et l'importance de l'environnement : plus la maladie présentée par un patient est clairement liée à une atteinte cérébrale ou nécessite des mesures psychopharmacologiques, plus l'intervention de l'entourage s'avère nécessaire.

Une telle formulation est délibérément assez générale pour ne préjuger ni de la nature de l'atteinte organique, ni de la nature de la participation de l'environnement. Mais elle permet d'en déduire une première loi concernant l'équilibre psychique, loi qui peut être illustrée par le tableau 3.

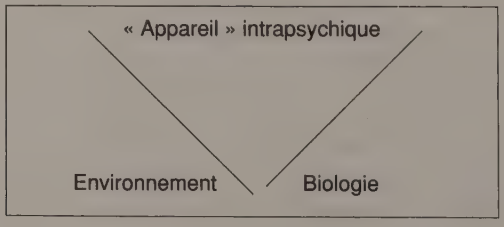


Tableau 3 : Équilibre de la personnalité.

Ce que l'on dénomme « biologie » comprend l'ensemble des fonctions somatiques : aussi bien l'intégrité corporelle que les fonctions cérébrales. Ce que l'on dénomme « milieu externe » comprend l'ensemble des fac-

teurs externes avec lesquels le sujet est en interaction : les relations affectives, le milieu socioculturel et le milieu physique.

Pour saisir cette position, prenons deux exemples très prosaïques : si une personne confortablement installée dans un fauteuil demande à un inconnu, et ce de manière répétitive, d'aller lui chercher tel ou tel objet, la signification de ces demandes sera bien différente selon que le sujet souffre ou non d'une paraplégie... Par ailleurs, le fait d'être très chaudement habillé aura une signification bien différente selon la saison...

Le troisième point à envisager est celui du développement de l'homme. Là encore, on constate le même phénomène, illustré par le tableau 4.

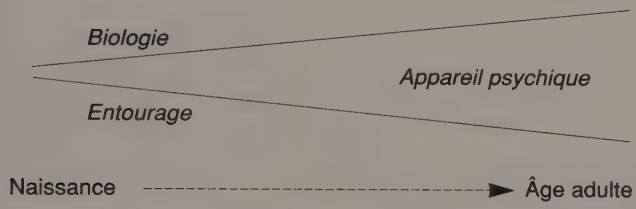


Tableau 4 : Développement de l'homme.

À la naissance, l'homme dépend totalement de l'apport biologique de l'entourage. Par la suite, plus il se développe, moins il a besoin de cet appui. En effet, l'importance du milieu pour le maintien de l'équilibre du sujet varie selon son degré de maturité, et selon sa psychopathologie. En apparence, plus l'individu est mûr, plus il est autonome. Il convient ici de distinguer clairement *autonomie et solitude*. Être autonome implique autant la possibilité d'assumer une certaine solitude que de pouvoir vivre en compagnie. L'important est d'assumer ces deux besoins : la dépendance et l'indépendance. En effet, certains sujets trop fragiles supportent très mal la présence des autres ou n'arrivent pas à vivre en compagnie. C'est le cas, par exemple, des personnalités « schizoïdes ». D'autres, au contraire, ne supportent pas la solitude et souffrent de ce que l'on dénomme un « syndrome d'abandon ».

Ces trois observations montrent ce que tout le monde sait, mais que l'on oublie trop souvent : un bon développement intellectuel et affectif aide le sujet à se passer de l'aide de son entourage. Cette lapalissade n'est pas sans conséquences théoriques fondamentales puisqu'elle nous autorise à affirmer que :

- le psychisme est une formation *intermédiaire* entre l'être biologique et l'environnement ;
- le psychisme est un facteur d'*équilibre* entre l'être biologique et l'environnement (sorte de tampon) ;

– le psychisme se développe dans un *rapport dynamique* entre l'être biologique et l'environnement.

Le troisième postulat rejoint les intuitions freudiennes concernant la *psychogenèse* et valide la notion de *pulsion*, que l'on définit ainsi : « Processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Selon Freud, une pulsion a sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle ; c'est dans l'objet ou à cause de lui que la pulsion peut atteindre son but. » (Laplanche et Pontalis, 1967.)

Une telle définition fait intervenir trois notions : la source (excitation biologique), le but (disparition de l'excitation) et l'objet (moyen d'atteindre le but). Le *concept d'objet* est fondamental en ceci qu'il est le pilier de la notion de maturation psychique et de psychogenèse. Pour Freud, l'objet de la pulsion est variable et dépend de la nature de la satisfaction recherchée (orale, anale, génitale). Dans l'optique freudienne, le développement psychique se fonde sur cette variabilité de l'objet : le sujet doit intégrer progressivement les « objets partiels » (objet « oral », « anal »), pour se construire un objet total (« génital »).

Il existe toutefois un deuxième aspect de la variabilité de l'objet : il peut être *réel* (l'entourage), ou *fantasmatique* (objet « interne » ou « psychique » ou, très schématiquement, « imaginaire »). *La pulsion se situe donc dans un espace intermédiaire*, entre le corps et l'objet fantasmatique ou entre le corps et l'objet réel. Or, si le psychanalyste n'éprouve guère de peine à se référer à des changements d'objets internes ou fantasmatiques, il a grand-peine à se prononcer sur les lois régissant l'espace qui sépare les objets internes des objets externes ou réels. La notion de frustration constitue la seule logique sommaire que l'on évoque au sujet de ces deux modes de satisfactions objectales : c'est quand le sujet se prive de satisfactions « réelles » qu'il s'offre des satisfactions « imaginaires ». Dans la perspective freudienne, il ne s'agit pas d'un simple rapport de cause à effet, mais d'un rapport de substitution : un mode de satisfaction peut se substituer à l'autre. L'absence de l'objet ne provoque pas l'hallucination, mais facilite l'émergence d'une potentialité humaine : la capacité d'expérimenter du plaisir sur la base d'un souvenir et non pas seulement avec un objet réel.

3.2. Pour une métapsychologie de l'espace intermédiaire

Les considérations précédentes nous conduisent à nous pencher sur la manière dont on considère les relations entre pulsions et objets

en psychanalyse, à partir de quoi nous verrons comment, selon nous, on peut comprendre le développement du psychisme entre le corps et l'environnement. Dès ses débuts, la psychanalyse s'est préoccupée des *relations d'objet*. Pour Freud, selon le modèle de l'étayage, le désir libidinal s'organise donc en fonction de l'objet externe qui remplit un rôle biologique : au stade oral, le sein, au stade génital, l'organe sexuel (à la puberté). Mais c'est surtout K. Abraham (1924) qui, le premier, a cherché à fonder la psychopathologie sur les stades de la relation d'objet liée à la zone érogène prévalante (orale, anale, génitale). À la même époque, Ferenczi se préoccupait de la relation thérapeutique et, en introduisant la technique active, il donnait à l'« objet-analyste » un rôle prépondérant dans la cure. Ceci l'a progressivement conduit à se pencher sur les *formes de relations précoces que les patients semblent répéter dans leur analyse*. Par la suite, de nombreux auteurs se sont penchés sur cette question. Citons, parmi les plus importants, Mélanie Klein, W.R.D. Fairbairn, M. Balint, D. Winnicott, M. Mahler, O. Kernberg, H. Kohut, J. Bowlby. B. Brusset (1988) fait une revue complète de cette question : il note que « la notion de relation d'objet a été exploitée jusqu'aux limites qui forçaient à s'interroger sur ses présupposés et ses implications... » (p. 211). On relève, en effet, qu'il est très difficile d'échapper à la tentation, pour qui s'intéresse aux relations d'objet, de renoncer à des éléments fondamentaux de la théorie psychanalytique, comme les pulsions par exemple. On oscille beaucoup entre l'idée que *l'objet construit le sujet* et celle que *l'objet est modelé par le sujet*.

Il paraît difficile de concevoir que ce soient *les deux à la fois*. Or, à notre avis, ce conflit provient d'une erreur logique : on tend à placer l'objet interne *au même niveau logique* que l'objet externe. Ceci est lié à la théorie freudienne qui définit deux voies de satisfaction de la pulsion (*l'Interprétation des rêves*, chapitre VII). On y considère que le sujet dispose de deux moyens d'abaisser les tensions pulsionnelles : la voie « hallucinatoire » et la voie par recours à l'objet réel externe. En décrivant ainsi les choses, on fait comme si la satisfaction hallucinatoire se situait sur le même plan que la satisfaction réelle, ce qui est absurde : le plaisir de boire du lait n'est pas le même que de l'imaginer. En réalité, selon nous, l'*objet intrapsychique* résulte de la double influence du sujet et de l'objet. Il est le *produit de la rencontre du sujet avec l'objet externe*. Ce qui est intériorisé, c'est la relation, c'est le « *sujet en relation avec l'objet* », ce qui a des conséquences théoriques et pratiques importantes, comme nous le verrons plus loin, car l'objet du psychanalyste n'est pas seulement le reflet des désirs du sujet, il est aussi celui qui permet au sujet de conforter l'image qu'il a de lui-même. Il s'agit d'une construction

commune se situant à un autre niveau logique que la réalité externe ou la simple photographie de la réalité. L'objet du psychanalyste se situe dans un espace spécifique, *espace intermédiaire et de nature paradoxale*, dont D. Winnicott a eu la première intuition.

3.3. De l'organisation des désirs et du monde extérieur

Ajoutons ici que, pour le psychanalyste, la vie psychique est structurée par le complexe d'Œdipe. Pour qui s'intéresse au développement de la personnalité, il semble donc logique de se pencher sur les aléas du complexe d'Œdipe. Ce complexe définit la manière dont les pulsions de l'enfant s'organisent par rapport aux images parentales ou, pour reprendre la question de l'objet, la manière dont les pulsions de l'enfant se fixent sur ses objets de prédilection : les images parentales. Rappelons que les premières allusions de Freud au complexe d'Œdipe apparaissent dans sa correspondance à Fliess déjà, en 1897 ; on en trouve aussi dans l'*Interprétation des rêves*. Mais l'appellation « complexe d'Œdipe » date de 1910. Il consiste en ceci : « Il s'agit de l'ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard des parents. Sous sa forme dite positive, le complexe se présente comme dans l'histoire d'Œdipe-roi : désirs de mort de ce rival qui est le personnage du même sexe et désirs sexuels pour le personnage du sexe opposé. Sous sa forme négative, il se présente à l'inverse : amour pour le parent du même sexe et haine jalouse du parent du sexe opposé. En fait ces deux formes se retrouvent à des degrés divers sous la forme dite complète du complexe d'Œdipe. Selon Freud, le complexe d'Œdipe est vécu dans sa période d'acmé entre trois et cinq ans, lors de la phase phallique ; son déclin marque l'entrée dans la période de latence. » (Laplanche et Pontalis, 1967.) Comme on le voit, la définition fait exclusivement appel aux émotions de l'enfant face aux parents. Il s'agit d'une définition de la subjectivité de l'enfant. La réaction des parents n'est pas prise en compte. Pour l'instant, nous parlerons simplement du fait que, selon la psychanalyse, le « complexe d'Œdipe » définit l'ensemble *organisé* des désirs sexuels (pulsions) de l'enfant pour ses parents. L'organisation dont il est question est celle de la subjectivité de l'individu et *non celle des comportements respectifs* des membres de la famille.

Pourtant, dans l'abondante littérature concernant le complexe d'Œdipe, on relève l'existence des théories historiques ou sociologiques qui paraissent souvent s'opposer à l'interprétation psychanalytique, bien que les positions semblent se nuancer avec le temps (Sztulman, 1978). Par ailleurs, le récit des aventures d'Œdipe est un mythe et l'on sait que les approches de la mythologie sont multiples. Une des conceptions la plus répandue est celle – structuraliste – de Lévi-Strauss. Ce dernier a pu montrer, dans sa vaste étude (1961), que les mythes traduisaient certaines structures de la collectivité sociale à un moment donné de l'histoire et qu'il existait en particulier une relation claire entre les mythes et les liens de parenté : ils reflètent les comportements organisés (sexuels surtout) des membres d'une société donnée avec, pour règle de base, le tabou de l'inceste. Ainsi le mythe, en particulier celui d'Œdipe, peut aussi être considéré comme la représentation symbolique d'un ordre relationnel. On voit donc ici qu'un système de *représentations collectives* conscientes (« mythe d'Œdipe ») est susceptible de traduire un ensemble de *comportements sociaux* (tabou de l'inceste, liens de parenté) eux-mêmes articulés avec des *fantasmes individuels* (« complexe d'Œdipe »).

Or la psychanalyse consiste en l'étude des aléas des désirs de l'homme, dans un cadre déterminé (*setting* analytique) où les actes sont interdits (règle d'abstinence). Ce cadre *reproduit* une situation semblable à celle de l'enfant face à ses parents (tabou de l'inceste). Cet « effet de cadre » a permis aux psychanalystes de « prévoir le passé » des individus (point de vue psychogénétique). De plus, on a montré que les désirs insatisfaits de l'homme s'expriment et s'accomplissent partiellement sous forme de fantasmes. On peut donc admettre que l'organisation fantasmatique de l'enfant – la constitution de son appareil psychique – dépend de la manière dont les frustrations seront imposées et des comportements des parents (interactions parents-enfant) : il doit exister une *dialectique acte-fantasme* qui n'a guère été étudiée jusqu'à présent. Ceci revient à dire que, si le complexe d'Œdipe reflète l'organisation des désirs de l'enfant face à l'image qu'il a de ses parents, cette organisation peut être influencée par la réaction de ces derniers à l'apparition desdits désirs. La *structuration du psychisme de l'enfant* semble donc découler de facteurs complexes, d'un équilibre dynamique et circulaire, impliquant le milieu culturel, le comportement des parents et les tensions intrapsychiques individuelles (Gilliéron, 1979).

En somme, la problématique œdipienne est de type « transitionnel » puisque s'y rencontrent les questions posées par les désirs de l'homme, son organisation fantasmatique, la réalité biologique et la réalité familiale, la réalité sociale, la dynamique des relations interpersonnelles et intergénérationnelles.

3.4. Du rôle des parents

Il conviendrait donc ici de s'interroger sur la constitution de l'appareil psychique, sur la naissance du « symbolique », sur le rôle des représentations et des symboles dans l'équilibre psychique individuel et collectif et sur les rapports entre comportements et représentations. Pour ce faire, nous nous appuierons sur deux exemples (le second, au § 3.7, illustrera ce qu'on appelle la fantasmatisation secondaire) :

Exemple 1 : Schizophrénie et fantasmes originaires

Céline souffre depuis des années de décompensations schizophréniques de type paranoïde. Le psychiatre questionne les parents : « Lequel de vous désirait le plus cet enfant ? » Père et mère se regardent avec un sourire extatique et répondent, dans un bel ensemble : « Les deux ! » Le père de poursuivre : « Pour preuve, *je me réjouissais tellement d'avoir un enfant* que j'avais dit, un mois avant le mariage déjà, que même si j'avais cinq garçons *je ne donnerais mon prénom à aucun* ! » La mère approuve et, sur un grognement de la fille, ajoute : « Il y a d'ailleurs une anecdote assez drôle que Céline n'aime pas : peu après le mariage, j'avais rencontré ma belle-sœur, enceinte de quatre mois et je lui avais dit que *j'aurais très peur, moi, d'être enceinte ; c'était amusant, car je l'étais déjà* ! » Le père un peu surpris alors fait remarquer à sa femme : « Mais tu ne me l'avais jamais dit ! », remarque qu'elle écarte d'un geste négligent accompagné d'un « cela a si peu d'importance ».

Dans ce cas particulier, l'histoire du père montrait qu'il avait des raisons de refuser d'être père : ainsi, une jeune sœur, Sophie, était morte à cause de la négligence du frère aîné, Jacques, que l'on avait chargé de sa surveillance. On avait confié une tâche parentale à ce frère et cela avait conduit à la mort de l'enfant dont il devait s'occuper. Or, Jacques, c'était aussi le prénom de son père, grand-père de la patiente. En famille chacun connaissait la responsabilité de Jacques, mais on n'en avait jamais parlé : l'ordre implicite des grands-parents était : « Il ne faut pas parler de Jacques ! »

Le père de Céline paraissait établir une confusion entre la personne de son propre père et celle de son frère, confusion fondée sur l'identité des prénoms[1]. Sur la base de cette confusion, il paraissait croire

1. Ce type de coïncidences a été bien noté dans le travail de J. Schmid et P. Bovet : *Généalogie et schizophrénie*, Éditions médicales Roland-Bettex, Lausanne, Paris, 1988.

qu'être père ou parent, c'était devenir un meurtrier. Il devait donc éliminer en soi toute ressemblance à ce père. Ainsi, tout en affirmant faire tout pour sa fille, il n'avait jamais pu supporter que cette dernière s'attache tant soit peu à lui. Cela se traduisait par des comportements éminemment contradictoires : par exemple, exiger qu'elle fasse des études et refuser de les lui payer, la déclarer grande et indépendante dès le plus jeune âge et lui reprocher son excès d'indépendance, etc.

La mère, quant à elle, n'avait pu dans son passé compter sur un père gravement dépressif et sur sa propre mère, profondément déçue par sa relation conjugale. Ainsi, pour d'autres raisons que le père, elle avait une attitude absolument symétrique niant toute valeur à sa relation au père, niant aussi que sa fille ait besoin d'elle. Les parents n'avaient jamais la moindre divergence d'opinion, mais ne montraient aucun geste de tendresse l'un vis-à-vis de l'autre.

Cet exemple est particulièrement significatif en ceci qu'il montre comment les parents peuvent aider un enfant à construire un monde délirant : ils dénient leur propre rôle dans la satisfaction des besoins de l'enfant et plus particulièrement dans la conception de ce dernier. Ils l'ont bel et bien conçu, mais interdisent à l'enfant de percevoir leur rôle. Ce faisant, ils le contraignent à *construire un monde fantasmatique* d'où les objets réels sont écartés. « L'idée » partagée par le couple pourrait se résumer, en ce qui concerne le père, à ceci : il est très dangereux qu'un désir quelconque de ma fille se porte sur moi ; en ce qui concerne la mère, en cela : il est très dangereux de laisser supposer à ma fille que c'est moi qui l'ai conçue.

Les conséquences de cette conception partagée par les deux parents sont faciles à déduire : les transactions familiales visaient à écarter du champ sémantique familial toute « idée » portant sur les rôles des parents dans la conception de l'enfant, sur la différence des générations et des sexes, sur les échanges sexuels et la scène primitive, sur la séduction : la séduction ne peut pas avoir lieu, par exemple, puisqu'il n'y a pas de différence sexuelle. Il n'y aura *donc* pas de tabou de l'inceste, les contacts sexuels ne seront pas vécus comme des échanges de deux sexes différents, et la naissance n'est due à aucune intervention externe.

Les thérapeutes systémiciens ont, depuis les années 1950, décrit un certain nombre de caractéristiques qualifiant les familles ayant des membres souffrant d'une grave psychopathologie. Ces familles se signalent surtout par une certaine incohérence des messages et des transactions interpersonnelles. Nous interprétons ces manifestations (pseudo-mutualité, *double bind*, lutte pour la définition de la relation) comme le reflet d'une *tendance à écarter constamment du champ*

sémantique familial l'ensemble des fantasmes originaires[1] que la psychanalyse a découverts. Tous les fantasmes originaires sont ainsi rejetés, c'est-à-dire maintenus hors du champ symbolique familial. Cette nécessité de les tenir « à distance » est si forte qu'elle conduit à une homéostasie, parfois orageuse certes, mais d'une stabilité rarement trouvée ailleurs. L'observation de la famille de Céline montre trois éléments fondamentaux :

- les parents peuvent agir activement sur la représentation que l'enfant se fait de la réalité ;
- les enfants disposent de *potentialités créatives* qui leur permettent de constituer un monde à leur image ;
- ce monde peut être en contradiction totale avec ce que nous savons des lois biologiques de l'existence.

Les deux premiers éléments permettent de dire que les objets internes de l'enfant résultent de la combinaison de ces deux facteurs : *potentialités créatives et action des parents*. Le troisième point nous montre que le monde interne de l'homme peut paraître totalement étranger au monde où nous vivons. Nous allons nous demander dans quelles conditions l'enfant fera appel à sa créativité et quelles en sont les conséquences. En effet, si nous avons une idée assez claire de ces phénomènes, nous aurons toutes les chances de pouvoir aider ceux qui souffrent d'un trouble du développement. Remarquons ici que nous ne nous préoccupons pas du vécu subjectif du nourrisson (auquel nous n'avons pas accès) mais du *contexte* de l'apparition d'un phénomène. Le contexte est quelque chose d'observable.

Parmi les auteurs qui se sont intéressés à la question des potentialités créatives de l'homme, D.W. Winnicott a introduit la notion d'« *objet transitionnel* ». L'objet transitionnel (chiffon, partie de coussin, etc.) est un produit de la créativité de l'enfant qui, en l'absence de la mère, recrée quelque chose qui n'est pas encore la mère reconnue comme telle, mais quelque chose de subjectif qui fait encore partie de l'enfant, tout en se situant déjà à une certaine distance de lui. Ce qui nous intéressera, tout au long de ce chapitre, ce sont donc les conditions dans lesquelles peut se manifester la créativité de l'enfant.

En ce qui concerne l'« objet transitionnel », ces conditions sont les suivantes : *naissance d'un désir* chez le nourrisson, *absence de la*

1. Fantasmes originaires : structures fantasmatiques typiques (vie intra-utérine, scène originaire, castration, séduction) que la psychanalyse retrouve comme organisant la vie fantasmatique, quelles que soient les expériences personnelles des sujets ; l'universalité de ces fantasmes s'explique, selon Freud, par le fait qu'ils constitueraient un patrimoine transmis phylogénétiquement. (Laplanche et Pontalis, 1967.)

mère, mais présence à la disposition de l'enfant d'un objet inanimé quelconque auquel l'enfant donne la vie et fixe son désir. En somme, l'enfant repère autour de lui un *objet concret* qui puisse faire office de mère. Telles sont les faits observables de la création de l'objet transitionnel.

Dans la théorie de D. Winnicott, l'espace transitionnel est l'espace où se situe « l'objet transitionnel », qui est à mi-chemin entre le subjectif et l'objectif. Il s'agit d'un espace intermédiaire où le nourrisson garde une vision essentiellement subjective de la réalité externe mais voit déjà cette réalité s'éloigner de lui. Cette étape se situe avant la reconnaissance de la réalité de la mère. L'espace dont il est question est un espace psychique, où l'on ne sait pas très bien si l'objet appartient vraiment à l'enfant ou s'il est reconnu comme séparé.

Cependant, il nous semble erroné de considérer que l'objet transitionnel ne soit que le fait de l'enfant. En réalité, il est le produit de *la rencontre* d'un certain état de désir de l'enfant avec un objet réel autre que la mère. Ce qui caractérise la créativité de l'enfant, c'est la découverte d'une possibilité de déplacer son désir. *L'enfant réussit à se rassurer en prenant possession de la réalité externe et en lui insufflant sa propre vie.* En un sens, il redécouvre la *Genèse* en se plaçant dans le rôle divin : il met de l'ordre dans le chaos originaire. À notre avis c'est ce mécanisme qui fonde la vie psychique. Le monde intrapsychique est d'emblée construit sur un mode *triangulaire : il y a l'enfant, l'absent et le remplaçant de l'absent* !

Ces considérations nous permettent de comprendre que l'aube de la vie psychique se fonde sur une ébauche de déplacement symbolique : de la mère au chiffon. Or ceci ne saurait que nous rendre modestes puisque nous savons que de nombreux animaux sont tout à fait capables de faire ce type de déplacement symbolique : ils jouent avec n'importe quel objet à leur disposition. La naïveté des marchands qui construisent des jouets de plus en plus réalistes montrent qu'ils n'ont rien compris aux capacités créatrices de l'enfant. Notons que, si les parents se trompent souvent, les chats, eux, ne s'en laissent pas compter : ils jouent beaucoup plus volontiers avec une pelote de laine qu'avec les souris en plastique que leur proposent les marchands de jouets.

3.5. De la négation de l'objet parental

Nous pouvons maintenant revenir aux origines de la vie fantasmatique. En parlant de pulsions ou de complexe d'Œdipe, nous partions

de ce postulat fondamental : le moteur de l'accession au symbolique est la *sexualité* au sens psychanalytique du terme (voir Rosolato, 1969).

Revenons maintenant à l'exemple de Céline. Cette dernière souffrait de schizophrénie avérée et avait présenté plusieurs crises délirantes aiguës. Dans de tels cas, la presque totalité des auteurs citent, comme facteur pathogène, une relation « symbiotique » unissant les parents à l'enfant : les mères, en particulier, seraient incapables d'accepter toute prise d'autonomie de la part des enfants. Depuis que nous avons étudié le fonctionnement de ces familles, nous affirmons, envers et contre tous, qu'il s'agit là d'une profonde erreur. En réalité, ces parents sont *incapables d'établir une relation symbiotique normale* avec leur enfant. L'exemple de Céline, mille fois répété dans les familles de schizophrènes, est là pour en témoigner : les parents étaient incapables de s'adapter aux besoins de l'enfant. Ceux qui parlent de symbiose font une profonde erreur logique : ces parents et ces enfants n'arrivent pas à se rencontrer. Tous les psychiatres compétents le savent, mais aucun ne le voit. Pourquoi ? Parce que ces parents et ces enfants éprouvent la plus grande peine à se séparer. Mais tous les cliniciens savent aussi que *les couples qui éprouvent le plus de peine à se séparer sont ceux qui ne se sont jamais réellement rencontrés*, que les deuils les plus pénibles sont ceux où le survivant a l'impression de n'avoir jamais pu réellement parler au disparu, etc. Ce qui lie les parents à leur enfant schizophrène, c'est un manque, une incapacité d'établir un lien fondé sur la compréhension des besoins de l'autre.

L'exemple de Céline permet une observation fondamentale dont les conséquences théoriques sont considérables : les parents participent activement à la construction du monde soi-disant « autistique » de leur fille.

Depuis longtemps nous savons et affirmons que le schizophrène ne vit pas seul, mais qu'il vit dans un monde « à l'envers » où la direction du temps est inversée dans une sorte de miroir du monde et non dans le monde lui-même ; mais nous avons mis beaucoup de temps à tirer les conclusions logiques de ces constatations, à savoir que les formations délirantes du schizophrène sont déjà des *constructions communes* du patient et de ses parents, qu'elles appartiennent au même niveau logique que l'objet transitionnel de Winnicott ; il s'agit de formations s'inscrivant dans un espace intermédiaire, *entre* parents et enfant. Mais le schizophrène ne peut se référer qu'à des objets pris dans le monde des non-vivants, de véritables objets transitionnels auxquels il est seul à pouvoir insuffler la vie. Ce que nous voulons dire par là, c'est que le délire du schizophrène n'est pas un délire « sans objet » : il n'est pas pure invention du patient, il est le résultat

d'une incapacité d'établir un *lien symbolique* avec les parents ; ceci parce que ses parents le renvoient toujours à lui-même, ne s'impliquant jamais lorsque les besoins de leur enfant se manifestent. Ceci signifie que le schizophrène est tout à fait capable de mentaliser les choses ; les seuls personnages qu'il n'ait pas le droit d'intérioriser, ce sont ses parents biologiques ; et cela en raison du système d'interactions qui le lie à ses parents. Le résultat de tout cela est que le schizophrène est enfermé dans un monde pré-symbolique en ceci que tous les objets auxquels il prête vie demeurent ses propres objets. Cela n'est pas sans importance au moment où nous cherchons à distinguer le monde *préobjectal* du psychotique et le monde *objectal* du névrosé.

D'un point de vue thérapeutique aussi, lorsqu'il s'agira d'*établir un lien avec le patient psychotique*, il conviendra de savoir que l'on se situe en dehors de son monde préobjectal, que nous devons donc aider le patient à nous replacer dans son monde, comme la mère donne un sens secondaire au monde transitionnel du nourrisson : en donnant le sein au bon moment, elle lui permet de reconnaître progressivement la réalité maternelle.

Il en résulte que nous avons à revoir l'ensemble de nos conceptions psychopathologiques en ceci qu'il est totalement erroné de considérer les symptômes, le caractère ou la mentalité d'une personne comme une production personnelle de ladite personne : toutes les manifestations psychiques sont, en réalité, des *manifestations de nature transitionnelle* et sont directement *conditionnées par le contexte de leur apparition.*

Comprendre le rapport entre contexte et manifestations psychiques fournit un instrument *diagnostique* d'une précision incomparable et des bases très sûres pour la définition d'une stratégie thérapeutique.

Avant d'aborder ce sujet, reprenons la question du développement psychique, en tirant les conséquences de ce qui précède.

3.6. Aux origines de la vie fantasmatique

Rien n'est plus obscur que l'origine de la vie mentale, mais la plupart des auteurs modernes considèrent que l'extraordinaire développement du psychisme humain est lié à la combinaison de deux facteurs : sa néoténie et l'importance considérable de son cerveau. En raison de sa néoténie, l'enfant ne survit qu'avec l'appui constant du milieu familial pendant de nombreuses années, au contraire des autres espèces animales.

Examinons les rapports de la mère et de l'enfant, sans trop nous préoccuper du schématisme de ces propos. À la naissance, la survie du nourrisson dépend entièrement de la mère nourricière. Dans l'échange mère-enfant, observons la séquence suivante : premièrement, l'enfant a faim ; on observe alors chez lui un état de malaise qui se traduit par une certaine agitation et des cris. Deuxièmement, la mère « entend » les cris de l'enfant et lui donne le sein. Troisièmement, l'enfant s'apaise, la faim étant satisfaite. Il s'agit là d'une séquence d'« interactions » caractérisant une relation dite « complémentaire » : « appel énergétique » du nourrisson (pulsions) et « fourniture » de ladite énergie par la mère (but de la pulsion). Pourtant, cette complémentarité diffère considérablement de ce qui se passait dans le ventre de la mère, où l'apport énergétique était quasi constant grâce aux échanges médiatisés par le placenta.

Pour en arriver à cette situation nouvelle, il a fallu passer par un moment critique, la naissance, conditionnée par une sorte de combat : « appel » énergétique de l'enfant – « refus » de la mère qui garde maintenant tout pour elle – ce qui avait contraint l'enfant à changer de fonctionnement (par exemple, prendre l'oxygène par sa propre respiration, se nourrir par la bouche, etc.). Par analogie, on peut considérer ce passage comme le modèle de toutes les situations critiques de l'existence humaine, autant de moments de passage entre deux modes de fonctionnement.

À partir de la naissance, les rapports mère-enfant (on devrait dire père-mère-enfant) sont en constante potentialité de crise. D'une part, la mère ne répond pas immédiatement aux cris (l'enfant doit attendre) ; d'autre part, la mère peut se tromper sur le sens des cris (l'enfant peut avoir mal, et non pas faim). Ainsi l'enfant se trouve fréquemment en situation critique, ce qui va le contraindre à inventer un moyen de se passer momentanément de la mère ; ce moyen, c'est ce que nous avons appelé la « *fantasmatisation primaire* ». En effet, tout se passe comme si l'enfant, en raison de sa situation critique, « inventait » un moyen de garder sa mère auprès de lui, même quand elle n'est pas là : il la garde en raison de ses potentialités créatrices qui lui permettent d'animer son environnement : il « crée » un objet transitionnel. Cette capacité créatrice ne s'applique pas qu'au morceau de tissu qui doit remplacer la mère, elle s'applique à tout l'environnement accessible, dans lequel l'enfant va pouvoir *choisir des objets significatifs*. C'est cela qui, à notre avis, explique la *multitude des formes* que peut prendre la vie interne de l'homme et la multitude des formes que peut prendre la psychopathologie à l'intérieur d'un même syndrome. Cette capacité d'animer le monde environnant qui se peuple de *préobjets* permet d'établir une sorte de symétrie entre la mère et l'enfant : ce que la mère fournit dans la réalité, l'enfant le

produit par ses propres moyens en créant sa propre mère. Ce faisant, il rétablit ainsi le sens de son unité narcissique. Ce mécanisme est le prototype du fantasme unitaire de toute-puissance. Il est important de relever ici un paradoxe : d'un point de vue subjectif, on pourrait dire que l'enfant se vit unique et tout-puissant ; mais du point de vue de l'observateur, l'enfant se trouve déjà dans une situation triangulaire : il y a : *1.* l'*enfant*, *2.* l'*objet transitionnel*, *3.* la *mère absente*.

La fantasmatisation primaire est un *processus* constamment à l'œuvre tout au long de l'existence et ceci est d'une importance primordiale pour le psychothérapeute qui doit apprendre à le reconnaître. Il est, en effet, des situations cliniques où il conviendra de favoriser ce processus. Il s'agira de savoir, comme la mère, s'effacer (tout en restant disponible) pour permettre au patient d'animer les objets de son choix.

Mais quelle est la nature du lien aux objets primordiaux, réels ou recréés ? C'est là que la sexualité, au sens psychanalytique du terme, intervient : on constate que, lorsque la mère donne le sein, la satisfaction du besoin biologique n'est pas seule en cause, mais qu'il y a, chez la mère et le nourrisson, un plaisir partagé. Ce qui attache la mère à l'enfant, c'est aussi ce plaisir-là. Nous avons dit que la solution fantasmatique est une manière, pour l'enfant, d'obtenir une satisfaction de la mère en son absence. Ceci n'est pas tout à fait exact : ce qu'il est capable de reproduire, c'est une présence maternelle, c'est-à-dire une *relation* à un objet autre que la mère ou une *relation* à une perception, car il va sans dire que, si la mère réelle n'est pas là, le besoin de nourriture n'est pas satisfait par le fantasme. Ce que l'enfant reproduit, c'est le *lien de plaisir*. Il peut se « souvenir » du plaisir d'échange vécu avec la mère et le « reproduire avec quelque chose d'autre » en son absence. La construction fantasmatique se fonde sur ce lien de plaisir, au détriment du *lien biologique*. Cette solution, consistant à remplacer l'objet mère par une représentation (l'image de la mère remplace la mère elle-même), est beaucoup plus rapide et facile à obtenir que la venue de la mère réelle.

Cette solution donne donc à l'enfant un pouvoir extraordinaire : il peut se donner lui-même du plaisir en l'absence de la mère ; en ceci il prend possession du monde et devient *tout-puissant*. Or la psychanalyse de l'adulte nous apprend que l'homme, de manière générale, peut s'octroyer d'importantes satisfactions purement imaginaires (rêves, fantaisie, sensibilité artistique, etc.) et que ces satisfactions paraissent souvent plus immédiates, plus faciles à obtenir que celles qui nécessitent un recours à la réalité externe : il est plus facile de prendre plaisir à imaginer un beau voyage parsemé d'aventures que de l'organiser et de le vivre dans la réalité... De plus, l'observation des enfants montre qu'ils adorent jouer, se raconter des histoires, et

qu'ils vivent longtemps dans un monde où l'imaginaire prend plus de place que la réalité, ce qui peut donner l'impression que l'homme préfère les satisfactions imaginaires aux situations réelles : ce n'est pas entièrement faux.

Mais revenons-en à l'enfant : cette importante faculté d'animer la réalité ambiante est évidemment fondée sur un patrimoine génétique, mais elle dépend aussi de l'*environnement* : la mère... ou quelque chose d'autre. S'il s'agit d'une chose, c'est l'enfant qui l'anime, en l'absence de la mère. Par contre, lorsque la mère revient, on assiste à une deuxième séquence relationnelle où se lient plaisir psychique et besoin biologique. Mais le plus important est de noter qu'à ce moment même *la mère peut accepter de se confondre avec l'objet « créé » par l'enfant, entrer en compétition avec lui, ou éviter la rencontre avec lui*. Ce moment de confusion entre la mère inventée par le bébé et la mère réelle, c'est cela la *vraie symbiose* qui va permettre la construction d'un monde objectal intrapsychique sain. La *compétition* conduit à l'intrusion dans le monde interne du nourrisson ; le *refus de s'impliquer* au bon moment conduit à la psychose.

Lorsque la mère finit par répondre aux appels de l'enfant en donnant le sein, son acte a deux conséquences : d'une part, il rassure l'enfant sur son pouvoir mais, d'autre part, il le confronte à la réalité : l'enfant a réussi à faire venir la mère, il a pris le pouvoir sur elle, mais il sera bientôt confronté au fait que ce n'est pas le processus lié à la fantasmatisation primaire qui calme la faim, mais la mère réelle. Il y a là une sorte de rencontre entre le plaisir de l'enfant et la réalité maternelle qui fait que c'est alors la mère qui devient toute-puissante aux yeux du nourrisson ; c'est ainsi que ce dernier découvrira l'importance de l'Autre. Cette rencontre de l'objet primaire avec l'objet réel constitue la *fantasmatisation secondaire* qui conduit à la reconnaissance, par l'enfant, de ses origines. C'est elle qui est à l'origine de *l'organisation œdipienne*, organisation qui se construit par paliers successifs, en passant par les différentes étapes marquées par les fantasmes originaires. Il est toutefois un point central sur lequel il convient d'insister : si l'on regarde les choses du point de vue des productions psychiques, on remarquera que, lorsque la mère intervient au bon moment pour donner le sein, sa présence vient, en quelque sorte, *compléter le préobjet* construit par l'enfant dans l'espace transitionnel qui est le sien. Ce faisant, elle établit, avec son enfant, un accord *symbolique*. L'objet, qui se construit à deux maintenant, est un objet appartenant à la fois à la mère et à l'enfant. Tel est le processus de fantasmatisation secondaire, processus de symbolisation fondé sur un accord mère-enfant.

En ce sens, le monde intrapsychique est un monde intermédiaire, appartenant *à la fois* à la mère et à l'enfant. En effet, lorsque la mère

intervient au bon moment, tout se passe comme si elle disait à l'enfant : « Je veux bien être ce que tu veux ! » Mais, en même temps, elle n'est pas ce que l'enfant veut, elle n'est pas sa création. Ainsi se construit une réalité d'un type particulier, la réalité psychique, qui est à la fois la réalité du sujet et celle de l'objet, réalité paradoxale où l'objet existe et n'existe pas.

La mère peut intervenir de manière adéquate ou inadéquate. Elle peut interpréter avec clarté les besoins de l'enfant mais elle peut aussi mal les percevoir, les nier, leur donner un sens négatif, répondre avec retard, etc. Toutes ces actions, si elles se répètent, auront un effet spécifique sur le développement psychique de l'enfant.

Précisons aussi que le choix de décrire la relation mère-enfant a été fait par commodité. En réalité, le père joue un rôle fondamental dans ces interactions : il peut perturber la relation ou la protéger, il peut refuser de s'y impliquer, etc. Toute action qui a un effet sur les formations psychiques de l'enfant. Insistons sur le fait qu'en acceptant de s'engager dans une relation complémentaire, la mère permet à l'enfant d'enrichir la perception de la réalité externe et favorise ainsi la socialisation, par l'intériorisation de représentations parentales suffisamment bonnes pour rendre la réalité acceptable. Dans l'exemple de Céline, au contraire, tout se passait comme si les parents lui signifiaient : « Tu peux t'attacher à tout, sauf à nous, parents ! » La patiente n'avait alors d'autre issue que de rester près de ses parents dans l'espoir enfin de les rencontrer ou de choisir de les garder dans un monde délirant.

Ainsi, on peut dire que la vie imaginaire et la vie relationnelle se combinent dans une sorte de mouvement de balancier où l'un peut constamment se substituer à l'autre. L'intérêt principal de tout ceci est que la solution fantasmatique, solution imaginaire, offre une certaine autonomie à l'enfant qui peut se passer momentanément de la mère. Il s'agit d'une solution paradoxale si l'on s'en tient au pur niveau biologique puisque, dans le monde transitionnel de l'enfant, la mère est à la fois présente et absente. La fantasmatisation, fonction fondamentale de l'homme, est d'une utilité certaine pour le maintien de l'équilibre psychique du sujet et pour le maintien de la relation à l'autre. Elle comporte deux aspects : la fantasmatisation primaire (liée à l'*absence* de l'objet vivant réel, on pourrait dire fantasmatisation avec le négatif de l'objet) et la fantasmatisation secondaire (liée à la *présence* de l'objet). Nous reviendrons plus loin sur la question de la fantasmatisation secondaire ; au fur et à mesure du développement de l'enfant, les formations fantasmatiques demeurent sous forme de traces mnésiques constamment remaniées et enrichies par les expériences nouvelles. Elles ressortent parfois sous forme de récits teintés de nostalgie portant sur l'enfance, sur le « bon vieux

temps » où tout était possible, sous forme d'impressions vagues de paradis perdus, où même sous forme d'œuvres artistiques, etc.

On voit donc que le développement psychique dépend étroitement des deux facteurs mentionnés plus haut, la maturation biologique et le comportement des parents : la famille doit respecter, avec l'enfant, certaines règles et certaines lois de comportement, mais ces dernières sont essentiellement imposées par des nécessités biologiques : la maturation de l'enfant. L'organisation familiale doit être capable de se modifier aussi au fur et à mesure de ce développement ; d'une organisation simple, centrée sur les besoins les plus primaires (la faim, le froid, etc.), elle doit évoluer vers une organisation complexe permettant l'éducation de l'enfant, l'apprentissage professionnel, l'apprentissage social, etc. Si la famille n'est pas capable de s'adapter aux besoins de l'enfant, une crise peut éclater et la lutte engagée pourra même provoquer la destruction d'un de ses membres. Cette destruction peut être de deux ordres : physique (il y a des meurtres d'enfant) ou psychologique (certaines cicatrices psychiques restent fixées quasi définitivement).

Le plus important à noter ici est que les conflits familiaux deviennent dangereux surtout au moment où l'imaginaire l'emporte sur la réalité, c'est-à-dire au moment où les parents sont incapables de changer leur système de valeurs en fonction des besoins et possibilités de l'enfant. En un certain sens, il s'agit de conflits « idéologiques ».

Un deuxième exemple dramatique permettra de mieux comprendre le rôle de la mère ; il s'agit des cas de meurtres d'enfant en très bas âge. Lorsque l'on examine ces situations, on s'aperçoit que les mères meurtrières ne sont pas particulièrement mauvaises, loin de là. Il s'agit d'ordinaire de femmes un peu fragiles, souvent d'intelligence limitée, qui ne savent pas très bien comment répondre aux besoins de leur nourrisson. Elles ressentent les pleurs de ce dernier comme une preuve de leur insuffisance et commencent par s'efforcer de les calmer par tous les moyens : leur donner à manger, les bercer, leur parler, etc. Elles finissent par s'épuiser et, lasses de se sentir mauvaises, elles en arrivent à tuer l'enfant dans un accès de rage impuissante.

Dans ce cas, on peut dire que cette issue dramatique est liée à un échec du processus de fantasmatisation secondaire : la mère souffre de son incapacité à maintenir un lien symbiotique avec son enfant, elle ne supporte pas de devenir tant soit peu mauvaise.

À l'âge adulte, nos relations affectives sont constamment médiatisées par la fantasmatisation ; nous sommes portés à revêtir le monde extérieur de notre imaginaire. Notre vision du monde s'appuie sur nos expériences infantiles, qui, elles-mêmes, s'inscrivaient dans un contexte historique et culturel. On pourrait dire que les interactions

parents-enfants sont conditionnées par une « horloge biologique » (plan de maturation de l'enfant) et par un contexte psychologique (problématique psychique des parents, milieu socio-culturel). Ainsi, corps-psychisme et milieu sont étroitement liés.

3.7. La fantasmatisation secondaire : construction du Moi et de l'objet externe

La fantasmatisation primaire est une première forme de travail psychique au service du narcissisme du sujet, la fantasmatisation secondaire est une deuxième forme de travail psychique au service de la relation. Quelques précisions s'imposent à propos de la fantasmatisation secondaire. Nous avons vu que la fantasmatisation primaire se fonde sur les potentialités créatrices de l'enfant qui investit l'environnement et lui donne un sens fondé essentiellement sur sa subjectivité : l'enfant crée un objet à son image en raison de ses besoins pour calmer ses angoisses. La fantasmatisation secondaire marque le *retour de l'objet réel dans le monde de l'enfant*. C'est sur la base de la fantasmatisation secondaire que se construit le lien entre personnes différenciées. Ce lien est d'ordre symbolique, puisqu'il comprend la part de l'enfant et la part du parent. En cela, la fantasmatisation secondaire fonde un monde qui n'est ni le parent ni l'enfant, mais les deux à la fois.

De fait, la fantasmatisation secondaire est un processus complexe par lequel l'enfant est conduit à distinguer son propre Moi de la personne de l'Autre. En somme, lorsque l'enfant reconnaît qu'il n'est pas seul à construire son monde, que l'autre y contribue, il va subir une violente blessure narcissique (il n'est plus tout-puissant). Schématiquement, on peut admettre que ce processus se déroule selon le modèle suivant : lorsque l'enfant découvre que sa mère peut se détacher de lui, elle devient mauvaise à ses yeux ; en vertu de ses capacités créatrices, il en construit simultanément une autre, la bonne, qui, elle, ne lui imposerait pas une telle blessure. Le nouveau triangle est constitué du sujet (Moi), de la mauvaise « mère » et de la bonne mère. Cela signifie que la reconnaissance de l'altérité de l'objet s'accompagne automatiquement d'un *dédoublement de l'objet* ; ce même mécanisme est à la base de la construction du roman familial[1], par

1. « Roman familial : expression créée par Freud pour désigner les fantasmes par lesquels le sujet modifie imaginairement ses liens avec ses parents (imaginant, par exemple, qu'il est un enfant trouvé). » (Laplanche et Pontalis, 1967.)

exemple. Selon nous, la mauvaise mère est celle qui inflige une blessure narcissique à l'enfant. De fait, nous ne prétendons pas réécrire dans le détail la construction du monde intrapsychique : ce serait illusoire ; ce sur quoi nous tenons à insister, c'est :

- que le psychisme se construit d'emblée sur une base *triangulaire*,
- que les créations fantasmatiques de l'enfant sont fondées sur une nécessité *narcissique* (préserver l'intégrité de l'enfant),
- qu'il s'agit d'un processus *dynamique*, donc en constant remaniement, raison pour laquelle nous parlons plus volontiers de fantasmatisation (processus) que de fantasmes (scènes imaginaires).

L'exemple suivant, qui porte sur une situation plus tardive, illustre un des aspects de cette dynamique. Il mettra en évidence le rôle du jeu dans la famille.

Exemple 2 : Le jeu de construction

Ariane, fillette de 3 ans 1/2, adore jouer à construire des maisons avec son père, qui lui avait enseigné une méthode consistant à construire tout d'abord les murs internes, avant l'extérieur, ce qui facilitait les choses. Elle y réussissait parfaitement bien, mais, à plusieurs reprises, se produit la scène suivante :

Ariane commence par aligner cinq ou six pièces puis, brusquement, en place une à l'envers. Elle se tourne vers son père et lui demande si c'est juste. Le père se fâche ; il accuse Ariane de mauvaise volonté puisqu'elle sait ce qu'elle devrait faire : elle fait, dit-il, *semblant* de ne pas savoir. En réaction à cette irritation, Ariane s'angoisse, replace la pièce dans tous les sens, sauf le bon, en demandant à chaque fois conseil à son père, qui s'agace de plus en plus.

Notons encore que, durant les dernières semaines, Ariane se réveille souvent angoissée au milieu de la nuit, et que les parents la découvrent parfois en train de pleurer silencieusement dans son lit, ce qui montre qu'elle vit un moment critique.

Cet état de choses incite les parents à en discuter : tous deux s'inquiètent de l'état de leur fille, qu'ils trouvent trop angoissée et qu'ils voudraient aider. Ils en arrivent à mettre l'accent sur l'irritabilité du père face à sa fille, irritabilité qui se manifeste en particulier dans le fameux « jeu de construction » ou dans certaines querelles à table, où Ariane semble parfois ne plus savoir manger correctement, se tient mal, etc., ce que le père supporte mal. Aussi la mère propose-t-elle au mari de renoncer, pendant un certain temps, à prendre des mesures *éducatives* à l'égard de sa fille ; c'est elle qui s'en chargera. Le mari s'engage à se contenter de partager les jeux d'Ariane, à éviter tout sujet de mésentente, de manière à ne laisser de place qu'au plaisir dans la relation père-fille ; les jeux éducatifs seront donc évités.

Le père accepte d'adopter cette attitude, mais précise qu'il aimerait tout de même assumer son rôle de père... la vie n'est pas qu'un jeu, dit-il.

Nous assistons donc ici à un ensemble d'interactions aboutissant à un *accord entre les parents* : le père va éviter toute occasion de conflit avec sa fille. D'un point de vue systémique, on pourrait ponctuer les choses ainsi :

– la fille se montre incompétente au père : elle ne sait pas construire (ou, à table, elle ne sait plus manger) ;
– le père refuse d'accepter cette incompétence en accusant sa fille de le tromper en faisant comme si elle était incompétente ;
– la fille se montre encore plus incompétente et accuse le père d'être méchant.

En miroir, on pourrait dire aussi :

– la fille demande au père de se montrer compétent : c'est lui qui doit savoir construire ;
– le père refuse d'accéder à cette demande ;
– la fille insiste et s'angoisse.

On voit donc se développer un jeu symétrique centré sur un problème de compétence : ni le père ni la fille ne veulent savoir. Les choses s'aggravent et deviennent critiques au point que les parents se consultent et que la mère déclare que les deux partenaires sont incompétents, ne donnant ainsi tort ni à l'un ni à l'autre ; c'est elle qui prendra le rôle d'éducatrice.

Intéressons-nous maintenant à la problématique interne de chacun des acteurs de la scène évoquée : le père, la mère et la fille. Par mesure de simplification, voyons essentiellement la problématique du père.

D'un point de vue clinique, le père présente une symptomatologie phobique, sous-tendue, de manière assez classique, par une problématique liée à la relation à l'image paternelle (le grand-père d'Ariane). En effet, le grand-père d'Ariane était présenté comme un homme généreux, sympathique, mais autoritaire et rigide. Il ne supportait guère la contradiction et voulait à tout prix demeurer le chef de la famille. Concrètement, le père se souvient de nombreuses disputes, où il se voyait sévèrement admonesté à table par son propre père qui lui reprochait son indiscipline et son bavardage, car seuls les adultes avaient droit à la parole.

Si on analyse plus avant le comportement du père, on s'aperçoit qu'il a fait de brillantes études, qu'il s'est montré aussi un excellent sportif de compétition en diverses occasions. Pourtant, il a toujours été incapable de prendre de réelles responsabilités professionnelles

ou de remporter un concours sportif, échouant toujours à la dernière minute, contrairement à ses larges possibilités.

L'analyse montrera qu'il s'agit évidemment d'une problématique inconsciente classique de rivalité non surmontée avec l'image paternelle, problématique qu'on pourrait résumer ainsi : le patient s'interdisait de dépasser son père par crainte des représailles de ce dernier. En termes psychanalytiques, on pourrait dire que l'angoisse de castration était à l'origine des échecs partiels sportifs ou professionnels du père d'Ariane.

Tous les psychanalystes reconnaîtront la scène dite de représentation sadomasochiste de la scène primitive : papa est mauvais quand il veut faire pénétrer quelque chose en moi (quand il veut m'apprendre quelque chose). Or cette scène, décrite en termes psychanalytiques, est définie par un ensemble de comportements, d'actions et de rétroactions négatives, qui traduisent un *moment d'homéostasie* de la famille. Elle explique les différents comportements des membres. Par exemple, on comprend pourquoi la fillette pleure quand elle se trouve seule dans son lit la nuit : le fantasme inconscient qui la trouble est certainement lié aux rapports entre parents : « Que font papa et maman ensemble dans leur lit alors que je suis seule dans le mien ? » Elle explique aussi le comportement des parents qui n'ont plus de rapports sexuels depuis plusieurs mois : en effet ceux-ci semblent partager l'idée que les rapports sexuels sont méchants.

Mais reprenons quelques éléments du jeu de construction. Nous voyons :

- que la fille, Ariane, fait « comme si » elle ne savait pas construire la maison ;
- que le père réagit négativement à ce comportement (rétroaction négative).

On a vu que l'attitude du père a une fonction homéostatique pour toute la famille : elle lui permet de lutter contre sa propre angoisse de castration et de renforcer la position phallique de son épouse. Mais, simultanément, cette attitude vise la sexualité de la fillette qui, par ses provocations, montre son désir de séduire le père, au moment où elle prend conscience de la différence des sexes.

Notre intention, dans cet ouvrage, est de montrer que certains faits observables (les comportements des interlocuteurs) permettent de déduire les problèmes inconscients sous-jacents. L'exemple des interactions observées dans la famille d'Ariane est là pour en témoigner ; nous y lisons les deux faces d'une même réalité : d'un côté, la face visible : les comportements ; de l'autre, la face invisible : les désirs et les fantasmes, etc. Mais en plus, il existe un *lien dynamique* entre ces deux manifestations, *entre comportements et fantasmes*. En effet, le

père réagit aux provocations de la fille (« montre-moi comment faire ») en fonction de l'angoisse inconsciente de castration : ce qui motive cette réaction inattendue, c'est un problème inconscient. Quant à la fille, elle provoque le père en fonction d'un désir caché, le désir œdipien (papa, amuse-toi avec moi, j'aime bien que tu m'enseignes). La rencontre du désir de la fille et de l'angoisse du père aboutit à un conflit ouvert qui évoque assez bien une relation sadomasochique (scène primitive sadomasochique). Donc, de manière ouverte, ce qui est admis par toute la famille, c'est que père et fille ne s'entendent pas lorsque le père joue le rôle d'éducateur. C'est ce que la mère relève et qui aboutit à la décision de « revenir en arrière », si l'on peut dire, de revenir à une relation ancienne où père et fille se contentent de jouer, comme au temps où cette dernière était encore nourrisson. Ajoutons, ici, que ce retour au passé est justifié par un récit qui a valeur de mythe (« il était une fois, un temps où il n'y avait pas de conflit entre père et fille »), car il s'agit d'une réécriture, dans l'après-coup, d'une histoire transformée par les désirs des parents ; il ne s'agit, en effet, pas de faits réels dans la mesure où, on le sait, les conflits parents-enfants apparaissent dès la naissance (attente de la nourriture, par exemple).

La fantasmatisation secondaire et l'entourage

Selon la définition freudienne, on le sait, le fantasme est un moyen psychique par lequel l'homme à la fois exprime et accomplit un désir (le fantasme donne du plaisir) ; le fantasme permet de se passer d'objet momentanément pour l'obtention d'un certain plaisir. De fait, ce que nous avons voulu illustrer par ces exemples, c'est que la fantasmatisation est un processus dynamique en constante activité où l'entourage joue un rôle actif. Par ailleurs, on peut distinguer différents aspects de ce processus : le premier concerne l'*activité créatrice du sujet* (fantasmatisation primaire), où l'importance de l'objet réel n'est pas reconnue. Le deuxième concerne la rencontre symbolique du sujet et de l'objet, celle où l'*objet se conforme aux désirs du sujet* (la mère devient une sorte d'objet transitionnel, elle est l'objet de l'enfant). Le troisième concerne *le jeu avec des objets symboliques*. Trois modes de fantasmatisations, trois modes relationnels. Le troisième est évidemment le plus évolué. Mais chacune de ces formes de fantasmatisation est constamment présente dans les rapports de l'homme à son environnement. C'est sur la base de la reconnaissance de la nature des processus en action dans la rencontre avec le psychothérapeute que l'on pourra déduire la problématique inconsciente qu'affronte le patient au moment de la consultation et que l'on pourra décider d'un premier pas thérapeutique.

Voyons maintenant comment on peut envisager les choses dans le cas d'Ariane. La famille d'Ariane est unie, vit d'ordinaire des jours heureux et n'a pas connu de traumatisme grave. Chacun des membres est doté d'une richesse psychologique certaine ; ils sont capables d'exprimer des émotions tendres ou des émotions violentes, ils s'aiment, se détestent, se fâchent ou sont contents. Ils sont capables de rêver ou de jouer. Il s'agit donc clairement d'une famille proche de la normalité, où les relations interpersonnelles sont médiatisées par les fantasmes, c'est-à-dire que de nombreux gestes prennent valeur symbolique, ce qui est très important : par exemple, pour Ariane, faire ses devoirs avec papa peut très bien être l'équivalent symbolique de jouer à papa-maman. Et c'est bien *la fonction du jeu que d'enrichir ce monde symbolique*, car, dans ce cas, le jeu a pour fonction de modifier un monde fantasmatique déjà formé : il ne comble pas une brèche fantasmatique, il favorise un remaniement et un enrichissement symbolique chez l'enfant.

Je reviens donc, une fois encore, à l'exemple d'Ariane : si l'on analyse plus précisément la scène en termes de jeu, on s'aperçoit que le père se fâche au moment où la fille change les règles du jeu : au début il s'agissait de jouer à construire une maison ; maintenant Ariane veut jouer à apprendre à construire, apprendre quelque chose de papa. Le jeu consisterait, pour Àriane, à faire « comme si » elle ne savait plus, et, pour le père, à faire « comme si » il enseignait. Ce qui est reproduit et répété, c'est une scène d'apprentissage, un jeu que l'on peut qualifier de « jeu d'initiation », où papa est l'enseignant, l'initiateur. Dans la scène, papa est le « méchant » initiateur.

Selon notre hypothèse, c'est dans de tels jeux que l'enfant organise sa vie intrapsychique, qu'il enrichit ses capacités de symbolisation et de fantasmatisation, fantasmatisation que l'on doit alors qualifier de secondaire. Le changement de jeu correspond à un passage, à un changement de stade dans l'évolution de la fillette : passage de la simple perception de la différence sexuelle homme-femme à l'organisation œdipienne avec l'éclosion des désirs pour le père. Ceci dit, on peut comprendre que les pleurs de la fillette, seule dans son lit la nuit, ont une double origine :

– le refus du père renvoie la fillette à sa solitude ;
– Ariane peut aussi pleurer par identification à sa mère : en effet, si elle imagine que les choses se passent entre papa et maman, la nuit, de la même manière qu'entre elle et son père dans le « jeu de l'initiation », maman doit souffrir.

Essayons donc d'imaginer le futur d'Ariane si les rapports à son père ne se modifient pas : il est plus que probable qu'elle gardera en elle essentiellement l'idée d'une relation sexuelle de type sadomaso-

chique, qu'elle « intériorisera », comme on le dit parfois, l'image d'une scène primitive sadomasochique. Cette intériorisation se fait donc sur la base d'un ensemble d'interactions à but symbolique. Quelles seront les conséquences de ces interactions sur l'organisation psychique d'Ariane adulte, si les choses ne changent pas ? On peut présager que :

- tout d'abord elle considérera que le pénis de l'homme est mauvais,
- ce qui la poussera à revenir à l'idée qu'elle n'en a pas besoin (régression à une position phallique) ;
- elle aura besoin de s'en persuader en répétant, avec les hommes, la scène du jeu de construction : elle cherchera à séduire les hommes pour se sentir menacée aussitôt qu'elle y est parvenue.

En bref, nous avons décrit la structure hystérique.

3.8. À propos du transfert et de l'interprétation

On peut se demander à quoi servent, dans la pratique, toutes ces considérations. Essayons de l'esquisser maintenant. C'est surtout pour la compréhension de la dynamique transfert/contre-transfert que ces élaborations me paraissent utiles. Pour évoquer cette question, essayons d'imaginer Ariane, devenue adulte (et hystérique), chez le psychanalyste. Comment va-t-elle se comporter ?

Il suffit de penser au jeu de construction pour le savoir. Tout d'abord, elle s'efforcera d'entraîner l'analyste à jouer ; pour ce faire, il faudra le séduire. Dans les premiers contacts elle se montrera donc particulièrement accessible, évoquera ouvertement sa souffrance, réagira positivement aux interventions de l'analyste, si bien que ce dernier, conquis, la prendra en traitement. Et là, le jeu de l'initiation va reprendre comme par enchantement. Toutes les bonnes dispositions du début vont disparaître. Ariane oubliera tout ce qui lui a été dit d'une séance à l'autre, ses symptômes réapparaîtront de plus belle, Ariane semblera sourde aux interprétations. Le « jeu de l'initiation » aura donc recommencé. Le résultat est que l'analyste, comme le père, risque bel et bien de se fâcher intérieurement, de ressentir un contre-transfert négatif. Ce contre-transfert pourra se manifester de diverses manières : par un silence obtus, ou par des interventions insistantes sur les « résistances » de la patiente, par exemple. Tout ceci n'aura d'autre résultat que de prolonger la thérapie.

Alors, que faire ? Insistons ici sur le mot « faire ». Eh bien, il s'agit d'en appeler à la théorie systémique et de se demander com-

ment le père aurait dû se conduire pour aider Ariane à évoluer. Je crois que la réponse est simple : au lieu de réagir négativement au nouveau jeu proposé par Ariane, le père aurait dû réagir positivement, c'est-à-dire accepter les nouvelles règles et prendre plaisir à ce jeu de l'initiation ; Ariane aurait pu mieux intégrer ses désirs positifs à l'égard du père. En psychothérapie, les choses sont à peu près semblables ; le thérapeute ne va pas se cantonner, bien sûr, à prendre plaisir au jeu de l'initiation, en répétant sans fin ses interprétations ; il devra comprendre ce qui se passe dans la relation. S'il le comprend, il pourra ensuite facilement non pas insister sur les résistances de la patiente, mais au contraire chercher à mettre en évidence le plaisir que prend cette dernière : donner un rôle actif au thérapeute. Ce que l'on pourrait exprimer ainsi : « Ariane, pour avoir le plaisir de m'entendre et de me ré-entendre, vous êtes contrainte d'oublier d'une fois à l'autre ce que je vous ai dit ! » Ce faisant, le thérapeute accepte et dévoile en même temps le jeu de la patiente. Le résultat est immédiat : les angoisses œdipiennes sont aussitôt mobilisées et la situation peut évoluer, la perlaboration devient possible.

En ce sens, la référence aux théories systémiques peut énormément aider le psychanalyste à comprendre la dynamique transfert/contre-transfert et à résoudre des situations en apparence insolubles.

Conclusion

1. L'organisation intrapsychique des individus reflète les aléas de l'organisation de l'ensemble familial. On pourrait dire qu'à chaque structure de personnalité correspond un certain mode d'interactions de cette personnalité avec son milieu familial.

2. Ces interactions ont affaire avec différents aspects du fonctionnement psychique, dont les principaux sont :

a. fantasmatisation primaire : processus créatif par lequel l'enfant anime le monde environnant en l'absence du parent significatif – construction d'un préobjet, tel que l'objet transitionnel, qui appartient encore à l'enfant sans être vraiment l'enfant ;

b. fantasmatisation secondaire : rencontre du préobjet avec le parent significatif qui accepte de se soumettre au désir de l'enfant. Ce processus conduit à la construction d'une réalité secondaire, d'un autre niveau logique que la réalité, la réalité psychique composée d'objets « intériorisés » qui ne sont ni l'enfant ni le parent et sont les deux à la fois ;

c. accord symbolique avec reconnaissance de la réalité de chacun. Ces processus sont en constante activité tout au long de l'existence humaine

3. En ce qui concerne la psychothérapie, ils sont à l'origine du transfert[1], dont la nature est fortement marquée par le mode d'interactions du sujet avec son milieu.

4. La compréhension de ces phénomènes offre d'importantes possibilités techniques au psychothérapeute.

1. « Transfert : désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. » (Laplanche et Pontalis, 1967.)

Deuxième partie

LE DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE

1. LE CADRE DE LA CONSULTATION

Les thèses qui sous-tendent notre manière d'aborder le premier entretien sont assez proches des hypothèses formulées par G. Bateson en 1954. Nous discuterons donc quelques aspects du cadre à l'intérieur duquel se déroule la consultation afin de comprendre la dynamique de la relation qui s'instaure. Nos élaborations se fondent sur :

- l'observation directe de familles comportant des membres souffrant de divers troubles psychopathologiques (schizophrénies, troubles dépressifs, perversions, troubles caractériels, etc.) ;
- l'observation de diverses formes de relations thérapeutes-patients (cure-type, psychothérapie individuelle, psychothérapie de groupe, psychodrame) ;
- l'observation de premiers entretiens conduits par des thérapeutes inexpérimentés comme, par exemple, des étudiants en médecine.

La comparaison de ces différentes situations thérapeutiques permet de mettre en évidence deux principes généraux :

- moins claires sont les références théoriques du thérapeute, plus il se laisse influencer par la psychopathologie du patient ;
- plus le thérapeute est à distance du patient (par exemple, assis sur un fauteuil, derrière le patient, ou mieux encore, hors de la présence du patient), plus il garde sa lucidité (ou la retrouve).

Ces deux constatations montrent l'importance du modèle théorique de référence et du dispositif thérapeutique. Le modèle théorique a été décrit au chapitre 3, nous n'y reviendrons pas.

1.1. Le champ psychothérapeutique

Selon G. Bateson, on peut donner la première définition suivante d'un cadre psychologique : « Il est (ou il délimite) une classe ou un ensemble de messages (actions significatives). » (1954, p. 217.) Cette définition recourt à deux notions : celle de délimitation et celle d'action significative. Nous adopterons, comme axiome, une extrapolation de ce point de vue : nous considérons que le cadre délimite les activités de l'homme et leur donne une signification : brandir un couteau n'a pas la même signification selon que l'on est dans une boucherie ou dans une rue sombre...

De fait, nous pensons que les différents éléments du contexte devraient être considérés comme les *facteurs organisateurs du champ psychothérapeutique*. De la même manière que, dans toute société organisée, les échanges ont lieu dans des limites définies culturellement (par exemple une scène de théâtre, une piscine), les activités thérapeutiques se déroulent dans différents contextes, communément dénommés « *cadres* », qui ont tous leur signification : le cadre du psychothérapeute n'est pas le même que celui du médecin somaticien, le cadre de la première consultation n'est pas identique à celui de la psychothérapie à proprement parler.

Ces cadres ont des traits communs et quelques caractéristiques différentes. L'analyse des ressemblances et dissemblances fournit des informations considérables sur la dynamique relationnelle spécifique à chacun de ces cadres.

Il existe aussi une sorte d'*emboîtement des cadres* : le médecin et le psychothérapeute font partie, avec d'autres, de la grande catégorie des soignants. Cette qualité de soignants se définit par rapport au contexte social. Ainsi, dans toutes les sociétés, les guérisseurs ont occupé une place particulière. Aujourd'hui, c'est d'ordinaire l'État qui donne à certaines catégories de gens le droit de soigner ; il leur impose certaines règles de comportement. Un certain nombre de règles sont assez générales pour s'appliquer à tous, d'autres sont plus particulières et tiennent à la spécificité des activités thérapeutiques.

Précisons donc que le cadre comporte l'ensemble des facteurs permettant au thérapeute d'exercer son activité. Il se compose d'éléments de deux ordres :

– un *dispositif* : éléments concrets (lieu de l'activité, moyens mis à disposition, temporalité) ;
– un *ensemble de règles* qui précisent le statut du thérapeute et le statut du patient.

Le cadre *qualifie la relation* thérapeutique, qu'il délimite par rapport à une relation sociale ou sentimentale. Les caractéristiques du cadre sont étroitement liées à une *théorie* qui est celle de la *guérison*. Pour le psychothérapeute, cette théorie décrit le *fonctionnement psychique* et la nature du *changement* psychique visé.

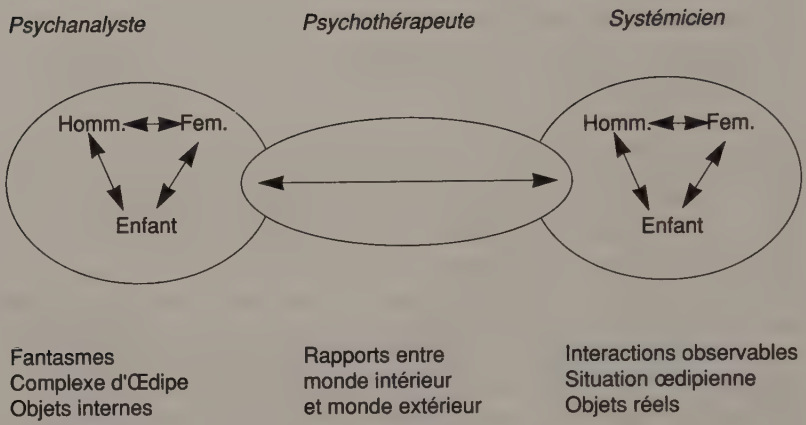
On peut affirmer qu'il existe une *relation logique entre les phénomènes observés et une théorie*. Par exemple, la théorie freudienne des rêves n'est pas sans rapport avec le dispositif psychanalytique. En interdisant pratiquement au patient tout mouvement et en plaçant le psychanalyste hors de son champ de vision, on arrive automatiquement à mettre l'accent sur les rapports entre le discours du patient et son imaginaire, à savoir sur les « images » qui sous-tendent le discours. Ainsi, en toute logique, le psychanalyste s'intéresse aux rapports entre les processus de pensée (l'aménagement du discours) et le contenu de cette pensée (la signification, les images).

Le cadre psychothérapeutique, quant à lui, est fondé sur le « *face à face* » et offre plus d'espace aux mouvements du patient (posture, gestes, mimique). C'est pourquoi nous avons considéré qu'il devait impliquer un *complément théorique* à la théorie psychanalytique : celui de l'étude du rapport entre interaction et mentalisation, autrement dit entre interactions et processus de pensée. C'est à cette théorisation que nous nous sommes appliqué depuis de nombreuses années. Le schéma suivant permettra d'illustrer notre champ d'investigation. Il indique les champs d'investigations respectifs du psychanalyste, du systémicien, et ce que devrait être celui du psychothérapeute.

La première consultation n'est pas une psychothérapie, qui est une technique spécifique, mais elle concerne la première rencontre avec un *psychothérapeute* qui, en tant que tel, est doté d'un certain statut social. Pour y parvenir, le patient doit changer de cadre : avant, il était simplement un membre de la société, actuellement, il appartient au groupe des « personnes souffrant de troubles psychiques ». Ce *changement de contexte* mobilise, chez lui, un certain nombre de réactions qui nous serviront de repères pour le diagnostic posé lors du premier entretien.

La technique d'investigation initiale proposée dans cet ouvrage se fonde sur deux catégories d'éléments de valeur inégale du point de vue de l'objectivité :

– le cadre,
– la relation thérapeutique



Ce schéma montre que l'objet de notre travail est une étude de « rapports de rapports », c'est-à-dire l'étude des rapports liant deux systèmes relationnels.

Tableau 5 : Champ principal d'investigation.

1.2. Le cadre institutionnel

La consultation psychiatrique, en général, se déroule dans un lieu à vocation thérapeutique. Le patient sait intellectuellement (sauf dans les cas très graves de psychose ou de troubles cérébraux) qu'il y vient pour y être examiné et éventuellement traité. Il est celui qui a des problèmes, l'autre est celui qui doit les résoudre. Les caractéristiques de ce lieu sont d'ordre institutionnel : le psychiatre, le psychologue ou tout autre thérapeute font partie d'un groupement professionnel qui les déclare aptes à pratiquer leur métier. Cette autorisation porte sur le type d'activité, et sur sa localisation : cabinet privé, établissement quelconque (polyclinique, dispensaire, etc.) public ou privé. De plus, elle est assortie d'un certain nombre de règles que chacun s'engage à respecter.

Ce cadre institutionnel (localisation et aménagement des lieux, accueil, etc.) et *la première réalité* à laquelle un nouveau patient est confronté. Bien que l'on s'interroge assez rarement sur ce sujet, on gagne énormément à porter son attention sur les rapports du patient à ce cadre institué. Nous n'examinerons ici que quelques aspects de la dynamique « cadre institutionnel-patient », pour en saisir l'importance au moment du premier contact.

Le cadre institutionnel est un élément contextuel susceptible d'agir sur le fonctionnement psychique de ceux qu'il contient, mais aussi de subir des modifications provoquées par le fonctionnement psychique des patients. En effet, le thérapeute peut être poussé, sans vraiment le réaliser, à modifier sa pratique sous l'influence du patient.

Un exemple permettra de saisir ce que nous entendons par là : il n'est pas rare qu'un patient qui a pris rendez-vous pour lui-même se présente accompagné d'une personne de son entourage (père, mère, ami, épouse, etc.). De fait, il s'est désigné comme unique malade. Or, lorsque le thérapeute arrive à la salle d'attente, l'accompagnant se lève en même temps que le patient et le suit. Nombre de thérapeutes acceptent cette situation sans broncher et font entrer les deux partenaires dans leur bureau alors qu'ils s'attendaient à n'en voir qu'un. Manifestement, ils en arrivent à une modification involontaire de leur pratique qui aurait consisté à examiner leur patient individuellement. Les conséquences en sont considérables pour la suite de la prise en charge : l'accompagnant, qui, lui, ne s'est pas déclaré malade, peut faire alliance avec le thérapeute, entrer en conflit avec lui, détourner l'attention sur lui, etc. De toute façon, le patient désigné ne se considérera plus comme seul interlocuteur du médecin.

L'entrée du couple *en lieu et place du seul patient* désigné constitue ce que nous appellerons un mouvement d'attaque contre le cadre. Un tel mouvement devrait être perçu et analysé silencieusement par le thérapeute, qui se forgera une hypothèse psychodynamique et adaptera son attitude en conséquence.

Toute relation interpersonnelle et par conséquent toute relation thérapeutique est contenue dans un cadre qui lui donne sens : c'est par rapport à ce contexte que le patient doit se situer psychiquement ; c'est par rapport à lui qu'il va mobiliser ses défenses, ce que l'on oublie un peu trop souvent.

Il est indéniable que tout sujet donne sens et réagit affectivement aux événements extérieurs. Cependant, les événements « externes » comportent un sens dépassant leur valeur personnelle pour le sujet. Ce sens est inscrit dans le *corpus social* et non dans la psyché individuelle seulement. C'est la conjonction de ces deux ordres de significations qui donne corps à la rencontre du patient et de son thérapeute.

Le cadre comporte un aspect transitionnel liant le thérapeute et son patient au corps social : il souligne la signification de leur rencontre et définit leurs statuts et rôles respectifs. Par ailleurs, il a une fonction inductrice sur les processus psychiques. Il est une frontière délimitant le champ thérapeutique du champ social et un contenant dynamique des processus psychiques.

Le rapport que le patient établit avec le cadre comporte deux aspects fondamentaux :

– le premier, que l'on pourrait définir comme « adaptatif » ou « réactionnel », concerne la manière dont un sujet « réagit » ou « s'adapte » à un contexte donné (contexte social, contexte institutionnel ou contexte thérapeutique) ;
– le second, que l'on pourrait définir comme « personnel » ou « caractériel », concerne la manière dont le sujet cherche à adapter le contexte à sa propre vision du monde, à savoir l'influence qu'il cherche à exercer sur le contexte.

Signification thérapeutique du cadre et ses effets

L'élément de signification le plus global, inscrit dans le corps social, concerne donc les motifs de la rencontre du psychothérapeute et de son patient. C'est donc là qu'il faut chercher les raisons de la consultation. Ces dernières peuvent varier, mais toutes se résument en un élément très simple : la rencontre d'une certaine souffrance chez le patient et d'une volonté d'y remédier chez le thérapeute. Ainsi va se définir le statut de « malade » et le statut de « thérapeute ». Ceci vaut pour tout cadre institué, même pour le cadre psychanalytique.

Cet aspect thérapeutique du cadre est souvent mis en cause par les patients tant en psychanalyse qu'en psychiatrie générale. De nombreux patients *réagissent négativement à leur statut de malade* : ils refusent de reconnaître leurs difficultés, qu'elles soient somatiques ou psychologiques. Il s'agit là d'un refus de la connotation fondamentalement thérapeutique de la relation. Ce refus peut être avoué (certains patients nient ouvertement être malades) ; il peut être plus subtil et échapper à l'attention du thérapeute. Par exemple, il y a certains patients qui cherchent à établir des liens d'amitié avec leur thérapeute, ce qui crée automatiquement des confusions de statut. Cette situation est particulièrement difficile en médecine générale où il n'est pas rare qu'un médecin doive traiter des personnes avec qui il a dû entretenir des liens professionnels (par exemple, entrepreneurs, avocats, aides de ménage). Dans ce même ordre d'idées, de nombreux patients vont chercher des thérapeutes qu'ils connaissent par leur famille ou par leurs proches amis. Là encore, il s'agit d'une tentative inconsciente de confondre amitié et rapport thérapeutique.

En ce qui concerne les tentatives personnelles de *modifier le cadre*, nous en avons eu un exemple avec le couple qui pénètre dans le bureau du thérapeute alors qu'un seul partenaire s'était désigné

comme patient, l'autre se présentant implicitement comme co-thérapeute. Il s'agissait là d'une action exercée par l'un des partenaires sur le contexte, action qui reflétait son refus de se reconnaître comme souffrant et sa volonté de mettre toute la faute sur l'autre partenaire.

1.3. De la relation et des rôles des partenaires

Le contexte (consultation chez un psychothérapeute privé, traitement institutionnel) définit aussi les rôles des partenaires : l'un a pour fonction de décider des moyens d'investigation, de poser un diagnostic et de proposer un traitement ; l'autre exprime sa souffrance, demande une aide, se « soumet » aux mesures d'investigation et accepte le traitement proposé.

Le thérapeute doit recourir à ses compétences *professionnelles* et ne jamais confondre cette situation particulière avec la vie quotidienne. La qualité « professionnelle » de la rencontre autorise le soignant à « transgresser » certaines règles en raison de la nature des investigations prévues. Ainsi, un médecin somaticien pourra déshabiller son malade, le toucher, alors que le psychothérapeute et le psychanalyste s'en garderont bien. Ils s'efforceront de maintenir une certaine neutralité pour permettre au patient de mieux révéler sa vie intime. Le patient doit accepter de montrer ses troubles de tous ordres, reconnaître les compétences du thérapeute et la validité des propositions de ce dernier.

Le contexte fournit, en qualifiant la nature de la relation, une sorte d'écran sur lequel pourront se refléter les *traits de la personnalité* du sujet (patient ou thérapeute) : ce dernier peut accepter ou refuser de respecter son statut, son rôle. La façon dont chacun se comportera peut donc fournir très précocement des informations extrêmement utiles sur la manière dont le patient accepte son rôle de « malade » et sur la manière dont le thérapeute assume sa fonction thérapeutique. Insistons sur le fait que le contexte donne une *signification univoque* à la relation « thérapeutique » – et que tous les actes des partenaires (comportements verbaux ou non verbaux) prendront sens par rapport à cette signification de base. On doit se demander comment le patient conçoit son rôle de patient, comment il l'accepte, comment il envisage d'en sortir. On doit aussi se demander comment un thérapeute conçoit son rôle, comment il cherche à le remplir. La nature du cadre proposé dépend du but recherché : définition d'un trouble somatique, intrapsychique ou interpersonnel, par exemple. Aussi bien le patient que le thérapeute peuvent ne pas remplir leur rôle avec toute la

rigueur voulue, ce qui peut créer des confusions et conduire à des conclusions erronées ; le refus du patient peut s'exprimer de diverses manières : nous avons vu plus haut que les patients qui ne reconnaissent pas qu'ils sont là pour se soigner refusent en réalité leur statut de malade ou cherchent à échapper à cette définition.

Toute relation interpersonnelle comporte une dynamique fondée sur un mélange de *règles* fixes et de liberté. Ces règles, faites de droits et d'interdits, spécifient le caractère de la relation : relation « conjugale », relation « filiale », relation « professionnelle », relation « thérapeutique », etc. Ces règles définissent, nous l'avons vu, les rôles des partenaires et tiennent à la nature de la mission donnée au thérapeute. Elles permettent aux interlocuteurs de maintenir leur statut et de remplir leurs fonctions.

Or, selon leur organisation de personnalité, les patients respectent plus ou moins bien ces règles du jeu, et ceci tiendra aussi lieu de révélateur. Les uns seront trop soumis, les autres trop révoltés, d'autres encore simplement insensibles. Ces attitudes caractérisent la personnalité ; par exemple, les troubles caractériels ou les troubles psychotiques peuvent être considérés essentiellement comme des attaques contre un cadre institué ; les caractériels attaquent les lois sociales, les psychotiques la réalité externe. Par ailleurs, certains syndromes de somatisation reflètent le refus inconscient des compétences médicales.

La neutralité du psychanalyste permet de laisser au patient l'initiative de l'aménagement de la relation au thérapeute ; si le thérapeute se contente de demander au patient les raisons de consulter et se garde de manifester son opinion sur un aspect quelconque des plaintes du patient, ce dernier aura à « inventer » l'Autre.

D'autres refus portent plus spécifiquement sur les règles spécifiques de l'activité du thérapeute. Par exemple certains patients ont de la peine à se déshabiller dans le cabinet du médecin, d'autres ne répondent pas clairement aux questions qui leur sont posées ou trichent inconsciemment. Par ailleurs, certains patients cherchent à imposer leurs propres règles relationnelles. Ceci est, par exemple, une des caractéristiques de l'organisation perverse.

1.4. Le cadre du psychanalyste

Le cadre du psychanalyste comporte un certain nombre de règles spécifiques liées à son champ d'activité. En l'occurrence, la fonction

du cadre psychanalytique sera de délimiter un champ permettant à la psychologie du patient de se révéler et au thérapeute d'agir sur le fonctionnement psychique dans un sens thérapeutique. En somme, l'aspect sera double :

– la signification des actes du thérapeute et du patient dans le contexte psychothérapeutique ne peut se comprendre que par rapport à leur fonction thérapeutique ;
– le contexte doit rendre possible le travail thérapeutique.

Il est en effet extrêmement fréquent que les psychanalystes examinent les phénomènes se manifestant en psychothérapie sur la base des mêmes références que dans la psychanalyse type. Or les différences entre dispositif psychanalytique et dispositif psychothérapique ne sont pas négligeables et méritent d'être relevées. Rappelons les principes de la cure psychanalytique : de 1905 à 1915, Freud en a décrit avec précision les principes, qui définissent le cadre dans lequel se déroule le traitement et la nature de la relation qui lie le patient au psychanalyste. On peut les résumer ainsi :

– *le dispositif*
  • divan-fauteuil : le patient se tient sur un divan, le psychanalyste étant hors de sa vue ; ceci permet de confronter le patient à lui-même et non directement au psychanalyste ;
  • régularité et fréquence des séances : cinq à six séances par semaine, de manière à permettre l'établissement d'un processus régulier ;
  • atemporalité : on ne définit pas de terme temporel au traitement, en vue de créer un climat qui soit proche du fonctionnement de l'inconscient ;
  • paiement des honoraires, même en cas de séance manquée, de manière à éviter toute manipulation tant de la part du patient que de celle du psychanalyste ;
– *la relation thérapeutique* obéit à certaines règles :
  • en ce qui concerne le patient : *associations libres* : le patient a pour consigne de dire, si possible, tout ce qui lui vient à l'esprit, sans écarter les pensées paraissant bêtes, banales ou sans importance ;
  • en ce qui concerne le psychanalyste : *attention flottante* : aux associations libres du patient répond l'attention flottante du psychanalyste. Ce dernier ne doit pas avoir d'idée préconçue lorsqu'il écoute son patient, mais doit pouvoir se laisser surprendre par des idées, en apparence incongrue, suscitées par le patient ;
  • *renonciation à intervenir auprès de l'entourage du patient* ; le psychanalyste s'intéresse au monde interne du patient et non à son entourage ;

- *l'interprétation* : l'interprétation est l'instrument thérapeutique principal du psychanalyste ; elle consiste à aider le patient à percevoir l'origine réelle de ses sentiments, ses craintes ou ses inhibitions. (Lorsque le patient arrive à relier ses craintes à son passé, il n'a plus à craindre le présent.) L'interprétation doit tenir compte des capacités d'élaboration du patient et ne pas être « sauvage ».

Ces différents principes régissent ce que l'on appelle l'*intersubjectivité* de la relation psychanalytique et déterminent le processus psychanalytique.

Par ailleurs, Freud a insisté sur certains éléments du *processus psychanalytique*.

En ce qui concerne le patient :

– *le transfert* : la majorité des sentiments (positifs ou négatifs) éprouvés par le patient envers son psychanalyste sont considérés comme le fruit d'un transfert, sur le psychanalyste, d'émotions vécues autrefois à l'égard des parents ;
– *le contre-transfert* : les émotions vécues par l'analyste sont considérées comme réactionnelles à celles du patient, elles ont donc affaire avec le passé de ce dernier et ne concernent pas directement la personne du psychanalyste ;
– les *motivations* du patient traduisent son désir de changement. Elles peuvent être limitées par des :
  - bénéfices secondaires de la maladie,
  - résistances : par le transfert, au transfert, aux associations, par la répétition.

En ce qui concerne le psychanalyste : *contre-transfert* : le contre-transfert correspond, en gros, à l'ensemble des sentiments vécus par le psychanalyste à l'égard du patient. Certains peuvent être liés à des complexes inconscients de l'analyste lui-même et peuvent faire obstacle à sa compréhension (résistance de l'analyste) ; d'autres sont directement l'écho du transfert du patient et peuvent instruire l'analyste sur l'état psychique du patient.

1.5. Le cadre psychothérapique

Le dispositif psychanalytique (cure-type) a pour effet de renforcer la neutralité du thérapeute en le soustrayant au regard du patient. Il fournit un écran-vide, ce qui favorise la régression : le patient est confronté à lui-même, à son imagerie personnelle, à ses rêves. Par

ailleurs, la dynamique interactive est ralentie, dans la mesure où les échanges passent essentiellement par la parole (le sujet se « souvient » de la voix de son analyste, il ne peut lui répondre qu'avec un certain retard). Par ailleurs, ce dispositif fait que les attentes du patient sont canalisées : il attendra la parole (bonne ou mauvaise) de l'analyste ; toute autre attente impliquerait un effort supplémentaire : se lever, se retourner, etc.

Le dispositif psychothérapique est caractérisé le plus souvent par le « *face à face* ». La situation change alors totalement en ceci que les échanges sont plus immédiats, en raison de l'importance du *regard*. Le regard peut soutenir la parole ou la contredire ; en ceci, l'attitude de neutralité est beaucoup plus difficile à maintenir, ce qui augmente très fortement l'importance de la dynamique interactive. Pour s'en faire une idée, il suffit de penser à la réaction d'un patient à l'absence de tonalité affective exprimée par le visage du thérapeute : le patient supportera beaucoup plus mal de voir un visage de marbre que de ne pas voir de visage du tout.

Il n'empêche : le thérapeute doit garder une certaine neutralité, si possible sans rigidité, et doit s'imposer l'abstinence, c'est-à-dire se contenter de diriger la cure et non diriger le patient. Mais, en s'imposant ces règles, le thérapeute donne un pouvoir considérable au patient ; en effet, il lui offre une certaine emprise sur sa vie intérieure, car le patient peut prendre alors possession du thérapeute par le regard. Le « face à face » favorise en somme l'*identification projective* bien plus que le « divan-fauteuil », ceci pour autant que le thérapeute s'impose neutralité et abstinence.

Toute relation humaine se fonde sur la combinaison subtile de trois ordres de facteurs au moins : la *parole* (le contenu et le ton), le contrôle du *regard* et l'*acte*. Ce dernier point n'est pas sans importance, car nous adaptons toujours notre comportement aux réactions de l'autre. Ce n'est qu'après la réponse de notre interlocuteur que nous savons s'il a compris notre message ; nous adapterons ensuite notre comportement à la réponse reçue. Ainsi l'équilibre psychique implique toujours un *double étayage* au moins : l'étayage fourni par l'organisation *endopsychique* et l'étayage sur l'entourage (étayage *objectal*). On peut donc comprendre que les psychanalystes répugnent souvent à passer au « face à face », puisque le poids des interactions y est augmenté et que le patient recherchera toujours cet étayage objectal.

C'est ici que l'on peut percevoir l'importance de l'intégration, dans la compréhension des phénomènes psychiques, de *l'objet réel* et non seulement de l'objet interne. La réaction de l'objet réel peut confirmer ou infirmer les attentes du sujet. Dans cette perspective, l'absti-

nence ou la neutralité du psychanalyste n'est pas toujours ce que l'on croit. Il peut arriver que le patient « attende » une attitude neutre du psychanalyste : il fera donc comme si de rien n'était, car cette neutralité confirmera ses attentes inconscientes, à savoir un objet neutre, « incapable de prendre position ». Dans ces conditions, le patient « ne se verra pas lui-même », mais ne verra que l'analyste. Tout se passera comme si le patient se disait : « J'avais raison de m'attendre à ce que mon analyste, comme mon père, soit incapable de prendre position. » En l'occurrence, la véritable frustration consisterait, au contraire, à prendre ouvertement position ; à ce moment-là seulement, le patient pourrait prendre conscience de ses projections (« Je suis surpris par cet analyste qui se prononce ouvertement alors que je m'attendais au contraire »).

> Il arrive très fréquemment qu'un patient, après s'être longuement exprimé, se tourne vers le psychothérapeute et lui demande : « Alors, qu'en pensez-vous ? » Il s'agit là d'une manifestation transférentielle assez typique du « face à face ». Le patient « provoque » le psychothérapeute par une question directe. En l'occurrence, le silence de ce dernier serait vécu comme une confirmation des attentes inconscientes du patient. La seule réponse de nature psychanalytique et utile au changement serait une interprétation faite sur le mode suivant : « Vous doutez de mon désir de vous appuyer dans votre démarche et vous cherchez à vous rassurer en demandant mon avis ! » Ou : « Vous avez, à plusieurs reprises, évoqué votre manque de confiance en votre père, je suis frappé par le fait qu'aujourd'hui, cette confiance, vous me l'accordez !... » De toute façon, une réponse est nécessaire ! Ce qui serait une manière de prendre note du changement.

Cette nécessité de comprendre ce rapport à l'objet externe est d'autant plus nécessaire dans le « face à face » que, comme nous l'avons vu, cette situation favorise la *confusion fantasme-réalité*.

1.6. Le cadre du premier entretien

Le contexte du premier entretien est particulièrement favorable en ceci qu'il peut être considéré comme la situation psychanalytique la plus pure. En effet, avant la rencontre avec son psychothérapeute, le patient ne sait absolument rien de lui, si ce n'est qu'il est un psychothérapeute. Il aura probablement obtenu certains renseignements sur sa manière de travailler, mais la seule chose qu'il saura vraiment, c'est qu'il s'agit d'un psychothérapeute doté d'un statut de psychothérapeute. Ainsi, avant la rencontre, le patient n'a de réelles références

que celles de son imaginaire : il se représente d'une certaine manière le psychothérapeute et en attend quelque chose. Ces attentes sont strictement fondées sur ses propres besoins du moment. Ainsi cette rencontre initiale peut-elle fournir des renseignements inestimables sur la personnalité du patient puisque c'est là qu'elle se manifestera le mieux. Il s'agira, pour nous, d'être capable de repérer la problématique du patient et les points de repère que nous pourrons utiliser se fonderont sur la manière dont le patient se comporte par rapport au contexte de la rencontre. Les principaux aspects auxquels nous serons attentifs sont ceux qui ont été indiqués plus haut : la manière dont le patient réagira à ce nouveau contexte et la manière dont il cherchera à agir sur le contexte lui-même.

Pour avoir une idée générale de ce qui va se passer, on peut se référer métaphoriquement à la rencontre du nourrisson et de sa mère telle qu'elle a été décrite au chapitre 3. On peut dire que la rencontre du patient et de son psychanalyste, à l'intérieur du cadre psychanalytique, peut être comparée à la situation de l'enfant confronté à l'absence de la mère réelle : la mère ne se fait pas voir et l'enfant en arrive à créer ses propres objets (fantasmatisation primaire). La rencontre avec le psychothérapeute peut se rapprocher métaphoriquement du retour de la mère, à savoir la rencontre entre l'objet créé par le patient et l'objet réel. En ce sens, la rencontre psychothérapique est plus proche des processus de *fantasmatisation secondaire*. Nous en verrons les effets dans le chapitre suivant.

Conclusion

Notre méthode d'investigation reposera sur :

1. l'analyse du *comportement du patient par rapport au cadre* ;
2. un modèle précis susceptible de mettre en évidence la dynamique relationnelle qui s'établit entre le patient et le thérapeute ; modèle de l'*étayage objectal*.

Dans cette perspective, le premier entretien doit permettre de savoir :

- le *mode de venue* du patient à la consultation (de lui-même, envoyé par quelqu'un ou sur le conseil de quelqu'un, etc.) ;
- le *type de relation* que cherche à établir le patient avec son thérapeute ;
- les *plaintes initiales* verbalisées par le patient, en particulier la manière dont le patient formule sa demande d'aide (ou son absence de demande).

Les premiers éléments seront particulièrement précieux pour définir le fonctionnement psychique du patient et apparaissent dès les premières minutes de l'entretien.

2. L'INVESTIGATION PSYCHODYNAMIQUE

Dans la pratique générale, l'investigation psychopathologique porte sur l'ensemble des éléments susceptibles de conduire à un diagnostic précis et à une thérapeutique adéquate. Le diagnostic et la thérapie sont définis par rapport à une théorie étiologique plus ou moins claire. Diagnostic, théorie étiologique et thérapeutique sont, depuis Hippocrate, les trois piliers de la médecine.

La psychiatrie est restée longtemps fidèle aux techniques d'entretien dérivées de la médecine somatique et ce n'est que tardivement, avec l'intégration des données psychanalytiques, que l'on a proposé une forme d'entretien clinique inspirée de la psychanalyse : l'entretien « non directif ».

Cette technique dérivée des libres associations avait pour but de faire ressortir les conflits intrasubjectifs du patient. Il en est malheureusement résulté une forme de psychiatrie psychodynamique où les questions diagnostiques étaient pratiquement méconnues. La seule chose qui comptait, c'était de « comprendre le patient », au risque d'ailleurs de le mal comprendre. Cette psychiatrie, pratiquée parallèlement à la psychiatrie « organiciste » et à la psychiatrie « sociale », a connu une période hégémonique avant de perdre de plus en plus de terrain sous l'effet combiné de la découverte des médicaments psychotropes (1952) et du rôle des neurotransmetteurs. Entre temps toutefois, sous l'influence de Balint (1972), la médecine somatique s'était emparée de certaines découvertes de la psychanalyse. Il n'était, dès lors, plus possible de nier l'importance des facteurs psychologiques dans le déroulement de maladies même somatiques.

Le but idéal de toute investigation est d'obtenir des informations globales sur les sphères « bio-psycho-sociales » du malade. On peut estimer grossièrement que l'entretien médical, et plus particulièrement la prise d'anamnèse, devrait recouvrir un vaste champ d'investigation allant du milieu socio-culturel aux organes du malade.

L'ensemble de ces éléments est uni dans un rapport dynamique et hiérarchisé.

En ce qui concerne la psychopathologie, l'investigation se fonde sur un nombre considérable d'éléments, classés selon leur ordre chronologique d'apparition. On établit une anamnèse médicale et psychiatrique complète, on évalue les capacités d'*insight* (dans la perspective d'une éventuelle psychothérapie) et la capacité d'établir une alliance thérapeutique. Le psychiatre, comme tout médecin, fonde son diagnostic et son traitement sur une anamnèse soigneuse, qui comprend les points suivants :

- affection actuelle. Facteurs précipitants. Bénéfices secondaires. Rapport au status psychique ;
- antécédents personnels et situation actuelle. Maladies antérieures. Conditions prénatales. Première enfance. Enfance moyenne (3-11 ans). Enfance tardive (Prépuberté). Adolescence. Anamnèse psycho-sexuelle. Âge adulte. Appartenance religieuse. Situation sociale. Rêves, fantasmes et systèmes de valeur ;
- anamnèse familiale. Maladies somatiques et psychiques transgénérationnelles ou chez les frères et sœurs ;
- status psychique. Description générale. Humeur. Sentiments et affects. Organisation de la pensée : flux de la pensée, contenu, connaissances et intelligence, capacités de concentration et de perception.

La technique utilisée pour obtenir ces différents renseignements peut énormément varier selon les auteurs ; elle dépend beaucoup de leur modèle théorique de référence. Très schématiquement, on peut distinguer globalement deux techniques extrêmes, qui correspondent aux deux modèles étiologiques principaux ayant cours en psychiatrie : l'anamnèse *méthodique*, liée directement au modèle biologique, l'entretien dit « non directif », lié au modèle psychanalytique, ou anamnèse *de type associatif*.

2.1. Anamnèse méthodique

Elle est construite sur la base d'une hypothèse pathogénique. Le psychothérapeute pose des questions à partir de cette hypothèse de travail, au sujet de l'affection somatique, des maladies passées, etc. Dans un sens, il cherche à compléter une grille préalablement établie, qui lui permet de poser un diagnostic. De fait, on utilise un mélange

de questions ouvertes (« De quoi souffrez-vous ? ») et de questions plus fermées (telles que l'âge du père, de la mère, la présence de tel ou tel symptôme, etc.). On cherche ainsi à obtenir le maximum d'informations en vue d'un diagnostic précis.

Dans tous les cas, malgré quelques nuances d'un auteur à l'autre, l'optique est la même : étudier un individu en suivant une voie allant du passé au présent. Mais, hors quelques exceptions où l'étiologie est sûre (maladies organiques), le diagnostic psychopathologique n'est souvent qu'une manière de *classer* un malade dans une catégorie essentielle descriptive. Un des modèles les plus utilisés actuellement est le DSM IIIR. En ce cas, le rapport logique entre diagnostic et thérapeutique n'est pas toujours évident, dans la mesure où cette dernière dépendra beaucoup plus de modèles théoriques auxquels le thérapeute se réfère. On en arrive alors fréquemment à poser un deuxième diagnostic, plus directement lié à une théorie étiologique. Tout scientifique sait aujourd'hui qu'on ne saurait observer un phénomène quelconque sans une grille préalable, sans une idée de ce que l'on voudrait trouver. C'est la fonction de la théorie que de fournir cette grille : diagnostic « biologique » (troubles de la neuro-transmission par exemple), diagnostic « systémique » (troubles des communications intrafamiliales) ou diagnostic « psychodynamique » (organisation de la personnalité). Dans cette perspective, le thérapeute met en rapport deux ordres de facteurs :

– l'observation clinique,
– un modèle théorique de référence.

Ce deuxième type de diagnostic, lui, implique souvent l'application de méthodes d'investigation plus spécifiques.

Le psychopharmacologue cherche à établir un rapport précis entre un syndrome psychopathologique donné et l'action d'un médicament que l'on voudrait spécifique. Il met donc l'accent sur la définition de critères précis pour l'observation clinique ou sur la rigueur méthodologique en cas de recherche. Le neuropsychologue cherche à établir des liens précis entre une lésion clairement localisée et la symptomatologie. Pour eux, une anamnèse méthodique est indispensable. Par contre, le thérapeute de famille ou le psychanalyste ne recherchent pas d'emblée des signes précis, des événements ou des lésions précises, ils cherchent à savoir comment le sujet vit, s'adapte, lutte, ressent, agit, dans un contexte déterminé. Pour y parvenir, ils se garderont de donner des directives précises, de poser trop de questions, mais s'efforceront de *créer un contexte* permettant aux phénomènes recherchés de se manifester. La nature de leur investigation est de type « non directif ».

2.2. Anamnèse associative

Le mode d'investigation proposé ici est de type associatif. Nous renonçons à utiliser le terme classique de « non directif », dans la mesure où il prête à confusion.

En réalité, selon le modèle proposé, le psychothérapeute psychanalyste suit un fil directeur, mais ce fil directeur ne suit pas la même systématique que celui du médecin somaticien ou du psychiatre classique. La direction est celle donnée par l'inconscient du patient. Elle consiste à mettre en rapport les problèmes actuels du patient avec le passé ; plus exactement, la procédure est la suivante : dans les premières minutes de l'entretien, le patient expose d'ordinaire les raisons qui l'ont conduit chez le psychothérapeute ; il parle de ses symptômes ou de ses conflits actuels ; il précise aussi le début de leur apparition. Le psychothérapeute, quant à lui, ne se contente pas d'écouter son patient ; il a d'emblée une première *réaction émotionnelle* intérieure, fondée non seulement sur les propos du sujet, mais encore et surtout sur un ensemble de communications non verbales (habillement, attitude générale, ton).

Notons que cette première impression générale *précède* les mots prononcés. On sait que certaines gens nous sont d'emblée sympathiques ou antipathiques, avant le moindre échange verbal. Il est pourtant rare que l'on s'attarde sur cette première impression. Le psychothérapeute adoptant notre technique doit, au contraire, s'exercer à reconnaître en lui ces premières réactions émotionnelles car elles sont un très puissant instrument d'investigation. Ces réactions émotionnelles sont liées à deux ordres de facteurs : ceux qui tiennent au patient et ceux qui tiennent au psychothérapeute lui-même.

2.2.1. Le patient

Tout patient cherche à obtenir quelque chose du thérapeute. Il ne recherche pas que la guérison d'un symptôme, il recherche aussi une certaine *qualité de relation*. La nature de ladite relation dépend directement de la personnalité du sujet et des difficultés qu'il rencontre au moment de la consultation : un patient dépendant recherchera d'emblée à établir une relation de dépendance, un patient sadique recherchera d'emblée à établir une relation sadomasochiste, etc.

Pour obtenir ce qu'il attend, le patient exerce inconsciemment une *influence* sur le thérapeute, influence qui passe par le double canal des communications *verbales* et *non verbales*. Or les secondes sont

d'autant plus puissantes qu'elles échappent au contrôle des interlocuteurs. Le patient avide cherchera à raccourcir la distance en se penchant en avant ou en rapprochant son siège ; un autre, au contraire, reculera... Ces attitudes ne laissent pas indifférent le psychothérapeute, qui réagit émotionnellement, parfois sans s'en apercevoir.

2.2.2. Le psychothérapeute

Tout psychothérapeute a sa personnalité. L'un est de tempérament autoritaire, l'autre plutôt soumis. L'autoritaire est certainement plus sensible aux velléités d'autoritarisme des patients soumis, plus sensibles à une attitude trop soumise. Ce simple fait montre qu'il est indispensable que le psychothérapeute ait quelque connaissance de lui-même au moment où il reçoit son patient. Sa réaction émotionnelle est le produit de la rencontre de sa propre personnalité et de celle de son patient. Ceci doit toutefois être fortement nuancé par un facteur important : l'*asymétrie relationnelle* du cadre de la consultation et l'*abstinence* que s'impose le thérapeute.

En raison de sa fonction, le thérapeute s'efforce de connaître son patient. Il doit donc, pour laisser le maximum d'espace à ce dernier, s'effacer et faire abstraction de ses propres désirs. Ceci pour atteindre un but : déceler les problèmes de son interlocuteur. Il est ainsi placé dans une position d'attente et de tolérance qu'il n'aurait pas dans un autre contexte ; mais il est aussi plus vulnérable à l'influence relationnelle du patient à qui est dévolue la part active : c'est ce dernier qui agit et qui parle le plus.

En laissant au patient une grande liberté d'expression et en adoptant une position réceptive, il s'offre comme réceptacle des émotions de celui-là. Il n'est guère protégé et ne peut se défendre que par deux moyens : réagir pour atténuer la tension qui s'installe ou comprendre ce qui se passe. C'est évidemment le deuxième élément de l'alternative qui nous intéresse. Pour comprendre, le psychothérapeute doit s'accorder un temps d'arrêt pour analyser ses émotions avant de raisonner en ces termes : ce patient *me* fait ressentir telle ou telle émotion, il *me* dit ceci, que cherche-t-il à obtenir ainsi de moi, *maintenant* ? Ce faisant, il s'efforce de définir la nature de la relation recherchée par le patient : ce patient cherche à me rendre agressif, il cherche à obtenir ma sympathie, il recherche ma protection, etc.

Sur la base de cette impression initiale, il émet une première *hypothèse* : si ce patient s'efforce d'établir avec moi ce type de relation, c'est qu'il vit quelque chose du même ordre dans ses rapports avec son entourage ; il recherche auprès de moi un mode relationnel qu'*il*

ne peut vivre avec son entourage. C'est la première hypothèse, définissant la crise relationnelle qui motive la venue du patient à la consultation. En vertu de cette hypothèse, le thérapeute cherche à repérer, dans le discours du patient, ce qui confirme ou infirme cette hypothèse. Si le patient ne parle pas de sa vie actuelle et de ses proches relations, on se dira qu'il s'agit probablement d'une manœuvre défensive et on pourra, par une question *dirigée* mais *ouverte*, vérifier cette impression. Une simple question comme : « Pouvez-vous me parler de votre vie familiale ? », ou : « De votre vie professionnelle ? », fournit souvent un éclairage suffisant sur la situation critique que doit affronter le patient. Le psychothérapeute porte son attention sur ce qui est en train de changer dans le moment actuel. Il doit donc se faire une idée des relations du patient avec son environnement avant et pendant la crise. Sur la base de cette comparaison, il en déduira la nature des problèmes du patient. Il se demandera quels *désirs*, autrefois satisfaits, ne le sont plus maintenant. Un exemple illustrera cette conception :

> Une jeune femme consulte le psychiatre en raison d'un malaise interne, d'un sentiment d'anxiété mal défini. Dès les premiers instants, elle se montre assez vague, hésitante, alors que ses propos sont parfaitement cohérents. Le psychothérapeute ressent très tôt l'envie de stimuler son interlocutrice et de l'aider à s'exprimer. Il lui demande alors si un événement quelconque, plus ou moins récent, l'a incitée à consulter. Elle répond qu'elle y songeait depuis longtemps, mais qu'une récente dispute avec sa sœur aînée l'avait finalement décidée. Cette sœur lui avait vivement reproché de vivre encore chez ses parents et de ne pas être encore mariée.
>
> Le psychothérapeute *pense* alors au besoin qu'il ressent de stimuler la patiente et perçoit une analogie entre *son envie* et l'attitude de la sœur. Il en *déduit* :
>
> *1*. que la patiente a été confrontée, par sa sœur, à un problème qu'elle n'arrive pas à affronter ;
> *2*. que ce problème concerne ses désirs de mariage ou de lien durable avec un homme ;
> *3*. que ces problèmes sont de l'ordre de l'inhibition, puisque tant la sœur que le psychothérapeute en arrivent à vouloir stimuler la patiente ;
> *4*. que les figures parentales seront donc présentées comme « inhibitrices » (surmoïques).

Par la suite, en fonction de cette hypothèse, le psychothérapeute interrogera le patient sur son passé, mais en choisissant ses questions en fonction de la problématique perçue. Le chemin suivi sera associatif et fondé sur la recherche des répétitions. S'il se confirme que le patient attribue à l'image parentale les caractéristiques prévues, on

commence par rechercher les *comportements répétitifs* avec les figures du même sexe, les tentatives de changement, et les stratégies défensives utilisées. Mais on ne pose jamais de question ferme telle que : « Votre père était-il autoritaire ? » On s'efforce d'offrir le maximum de liberté d'expression au patient. On lui demandera donc plutôt : « Pourriez-vous me parler de votre père ? » Si le patient demande des précisions, on ajoutera : « Tel que vous le considérez, quand vous étiez enfant et tel que vous le voyez maintenant. » Mais cette demande de précision sera considérée comme un des éléments du caractère du patient. Le psychanalyste se contente de stimuler les associations du patient sur les personnages et les situations susceptibles d'entrer en résonance avec les hypothèses qu'il s'est forgées. Ces hypothèses portent toujours sur les différents aléas de la situation œdipienne au cours du développement psychique du patient. On se demande donc : comment le patient voit-il ses relations aux figures parentales par rapport à la naissance, l'oralité, l'analité et la génitalité ? Mais on se contente d'émettre une hypothèse, sans verbaliser. On incite le patient à évoquer ces questions, en suivant l'ordre chronologique habituel, par les questions les plus voisines du noyau conflictuel actuel, en suivant la voie allant du présent au passé. Par exemple, si une patiente se plaint de difficultés avec son fiancé, on commencera par lui demander quand et dans quelles conditions elle l'a rencontré, ce en quoi il lui a plu. Puis on lui demandera si elle a connu d'autres hommes auparavant et en lui faisant préciser ce qui lui convenait ou ne lui convenait pas en eux. On évoquera ensuite ses relations avec ses camarades d'études avant de parler enfin de ses relations intra-familiales. Mais, dès le début de l'investigation, le psychothérapeute a une idée de la nature du conflit inconscient auquel se heurte la patiente (incapacité d'accepter une position passive, incapacité de montrer ses émotions, culpabilités, indifférenciations des rôles ou tout autre problème). Il guettera, dans le discours de la patiente, les phénomènes répétitifs et les éventuels mécanismes de défenses mobilisés pour éviter l'angoisse.

Dans la majorité des cas, le patient ne se contente pas de parler des personnages sur lesquels il a été interrogé mais évoque aussi l'entourage. Si on l'interroge sur son père, il parlera aussi de sa mère, etc.

Ainsi le psychothérapeute aura la possibilité de compléter l'ensemble des données anamnestiques qu'il utilisera dans un premier temps pour avoir une vision d'ensemble de l'histoire du patient. Mais, pour confirmer ou infirmer son hypothèse de travail si des données manquent, le psychothérapeute procédera par cercles concentriques en allant du centre vers la périphérie : des questions les plus proches du noyau conflictuel actuel aux questions les plus lointaines. Ce procédé a le gros avantage de permettre au patient de percevoir le type

de travail qui lui sera proposé, travail associatif permettant de relier les conflits actuels au passé et de relever les difficultés internes rencontrées lorsqu'il avait certains problèmes vitaux à résoudre. Cette procédure se fonde sur l'idée qu'il est indispensable de respecter, dès le premier entretien, la *logique du modèle théorique* de référence.

Dans le précédent exemple, on demandera : « Pourriez-vous me parler de votre père ? » La patiente précise alors que son père est issu d'un milieu catholique très rigide et qu'il a toujours voulu imposer à la famille des conceptions morales extrêmement sévères. L'hypothèse de figures parentales « inhibantes » semble donc se confirmer, ce qui renforce la première impression du psychothérapeute : celle d'une organisation névrotique. Par contre, s'il s'agissait plutôt d'un problème de dépendance, on lui demanderait : « Pourriez-vous me parler de votre mère ? » S'il s'agissait d'une question touchant à l'oralité : « Comment se passaient les repas à la maison ? » Ce faisant, on *associe* les problèmes actuels avec le passé du sujet, mais de manière assez ouverte pour que le patient puisse choisir ses réponses. Ainsi se construit progressivement une histoire du sujet où les problèmes affectifs sont liés les uns aux autres.

Cette procédure permet au thérapeute de tisser progressivement le canevas d'une *hypothèse générale* qui sera communiquée au patient sous la forme d'une *interprétation initiale* justifiant sa venue à la consultation.

Cette hypothèse se fondera sur :

– l'observation des interactions patient-thérapeute,
– l'observation des émotions manifestées par le patient et de celles ressenties par le thérapeute (prétransfert/précontre-transfert).

L'ensemble de ces éléments fournit des indications sur la relation transfert/contre-transfert. Il ne s'agit pas de la globalité de la relation, mais des éléments « agis » et observables : comportements, émotions.

Le « sens » sera déduit de l'observation des relations du sujet avec son entourage proche ou lointain. On procédera de la manière suivante : on émet une *première hypothèse fondée sur les indices de la relation prétransférentielle* :

– on admet que les interactions perçues sont la reproduction d'interactions que le patient vit avec son entourage proche. L'idée est que l'origine moteur de cette répétition dans le contexte thérapeutique est à rechercher dans une crise vécue par le patient dans ses rapports avec l'entourage (crise relationnelle) ou avec lui-même (crise narcissique), ce mode d'interactions ne fonctionne plus et ne remplit plus son rôle correctement ;

– les fondements de cette crise peuvent être de deux ordres extrêmes : crise symétrique ou crise complémentaire :
  • *crise symétrique* : elle éclate par « excès de symétrie ».
  Exemple : deux personnes qui ont fondé leur relation sur l'idée d'un respect de l'indépendance du partenaire peuvent finir par ne plus se rencontrer. Mais ce souci d'indépendance peut avoir diverses origines : crainte d'intrusion, peur du lien, personnalités narcissiques (personnalités psychotiques) ; crainte d'assumer ses désirs de dépendance (personnalités phobiques).
  • *crise « complémentaire »* : un sujet s'est beaucoup appuyé sur son partenaire ; celui-ci n'est plus d'accord pour assumer ce rôle (personnalités dépendantes).

Précisons ici que l'ensemble des données observées sont toujours rapportées à ce que nous appelons la « constellation œdipienne ». Nous ne parlons pas du « complexe d'Œdipe », formation psychique à laquelle se réfère le psychanalyste, mais d'une constellation relationnelle où l'on essaie de se faire une idée de l'évolution des interactions parents-enfant, au fil du développement de ce dernier. On s'interroge donc sur le système d'interactions susceptibles de permettre d'interdire l'accès à la généralité psychique, selon le modèle développé au chapitre 3.

Prenons un deuxième exemple :

Un jeune homme consulte un psychothérapeute pour des troubles anxieux et phobiques. Il est porteur d'une lettre de son médecin traitant, qui a d'excellentes notions de psychopathologie et fournit une description parfaite des troubles et un diagnostic précis. Le patient a eu l'occasion de prendre connaissance de la lettre du praticien, ce qui ne l'empêche pas de se lancer avec enthousiasme dans une description détaillée de ses troubles, des conditions dans lesquelles ils sont apparus et de leur évolution. Il s'agit d'un jeune homme intelligent, s'exprimant avec facilité, sur un ton traduisant un certain sentiment d'importance.

Le psychothérapeute, tout d'abord séduit par cet agréable jeune homme intelligent et éveillé, commence bientôt à ressentir un léger mouvement d'irritation. Il pense alors à sa première réaction, il lui vient à l'esprit l'image d'un enfant qui rentre de l'école et raconte à sa mère ses exploits de la journée. Il comprend aussitôt que le comportement du patient est défensif. En toute logique, ce dernier aurait dû exprimer une certaine souffrance et montrer son besoin d'aide, ce qui n'est pas le cas. Par ailleurs, en donnant une description détaillée de faits déjà connus du psychothérapeute, il ne tient pas compte du travail accompli par son médecin-traitant. *Comme si celui-ci n'existait pas.*

Cette prise de conscience permet au psychothérapeute d'émettre mentalement l'hypothèse suivante : si ce jeune homme doit se com-

porter devant moi comme un enfant qui « joue à l'homme » devant sa mère et qui ne tient pas compte du travail accompli par le praticien, c'est que, dans une certaine mesure, il répète ici quelque chose qu'il a vécu, mais ne peut plus vivre de la même manière dans son milieu familial.

En rapportant cette hypothèse à la constellation œdipienne, il en déduit que ce jeune homme a probablement eu la possibilité de remplacer son père auprès de sa mère, mais que ceci n'est plus le cas. Les situations de ce type les plus fréquentes sont : couple parental uni mais suroccupé par la profession ou longue absence du père pour raisons professionnelles. L'idée d'un couple parental uni est basée sur le fait que le patient donne l'impression de jouer ; il n'est pas enfermé dans une position narcissique rigide, ce qui évoque le fonctionnement psychique souple propre au fonctionnement névrotique.

L'important à noter ici est que l'*hypothèse porte sur* le système d'interactions parents-enfant et non sur les désirs du patient ; on ne dit pas que le patient a désiré prendre la place de son père auprès de sa mère, mais que son comportement laisse supposer qu'il avait eu la possibilité de penser que son père ne comptait pas.

En formulant ainsi les choses, on émet une hypothèse sur le contexte propre à permettre à l'enfant d'imaginer qu'il peut (trop) facilement remplacer son père. Ce contexte, c'est une absence partielle du père et une complicité maternelle.

La suite de l'entretien confirmera cette hypothèse : le père est un homme qui a brillamment réussi sur le plan professionnel. Il était souvent absent et, lorsque le patient avait 13 ans, il a dû s'expatrier pour plusieurs années. La mère s'est alors appuyée sur son fils aîné. Dans un tel contexte, on assiste à une intense mobilisation pulsionnelle chez l'adolescent avec augmentation de l'angoisse et une colère contre le père qui « laisse son enfant affronter seul le problème de ses désirs ».

3. L'ANALYSE DE LA DEMANDE

Ce chapitre décrit la procédure que nous appliquons lors d'un premier entretien organisé sur une base psychodynamique, c'est-à-dire fondée sur l'*analyse du contenu latent de la demande* adressée par le

patient au thérapeute. L'entretien, dans sa conception, n'est pas directif, en ce sens que le thérapeute ne pose pas de questions systématiques sur la base d'une grille préétablie, comme le DSM IIIR par exemple. Le psychothérapeute l'introduit par une question ouverte telle que : « Qu'est-ce qui vous a conduit à consulter ? », ou : « Vous avez demandé à consulter, pouvez-vous me dire ce qui vous y a poussé ? », etc. Si le thérapeute possède déjà des renseignements, il les précise d'emblée et incite le patient à dire lui-même ce qu'il en pense ; par exemple : « Le docteur X vous a proposé de consulter un psychiatre, il m'écrit ceci [...], que pouvez-vous m'en dire vous-même ? », etc.

La position du psychothérapeute est celle d'une écoute attentive de ce que le patient dit de sa souffrance ou des raisons de sa venue.

La procédure se fonde sur l'analyse rigoureuse des éléments actuels, sur la base desquels on « reconstruit » le passé du patient. Elle suit donc un *chemin régrédient* allant de l'observation immédiate du patient au passé le plus ancien, en suivant toutes les étapes « à l'envers ». Le principe fondamental consiste à étudier avec le plus de précision possible les *motifs actuels* (symptômes, conflits) qui poussent le patient à consulter. Cette analyse permettra d'émettre une hypothèse sur la *crise* qu'est en train de vivre ce dernier, crise qui sera rapportée à l'*organisation de la personnalité*. On suit le raisonnement suivant : si le patient consulte dans ce contexte scientifique, c'est que *ce contexte* reflète une mise en cause de l'équilibre de sa personnalité. Les caractéristiques de base du contexte de la consultation et le comportement du patient dans son rapport au thérapeute permettront de déduire le mode de fonctionnement habituel du patient (celui qui lui permet de ne pas être en crise), à savoir l'organisation probable de sa personnalité. Ainsi, on commence par une observation attentive de la *relation médecin-malade* dans les premières minutes de l'entretien, on poursuit par l'étude des modalités de la consultation (mode de venue, contexte socio-affectif, symptômes). Les éléments anamnestiques sont ensuite reconstitués progressivement sur la base d'*hypothèses* que le thérapeute émet pour lui-même et *sans les formuler au patient*. Ils sont utilisés comme éléments de vérification de l'hypothèse psycho-génétique et comme base d'une interprétation initiale dont le but est de tester les motivations du patient à se faire traiter.

La procédure décrite ici est donc différente des techniques directives, en ceci qu'elle suit un ordre chronologique inverse de l'ordre habituel : plutôt que d'« expliquer » la psychopathologie actuelle en fonction du passé, *on « reconstruit » le passé, sous forme d'hypothèse, à partir de la problématique présente*, ce qui correspond exactement à la démarche du psychanalyste, à la différence près que l'on cherche des indices très précoces – et, si possible, vérifiables – du

fonctionnement psychique du sujet consultant. Elle se fonde tout d'abord sur l'analyse rigoureuse du comportement actuel, verbal et non verbal, dans ses rapports avec le thérapeute : ces éléments seront mis en rapport avec la problématique actuelle du patient (crise actuelle) telle qu'elle sera présentée par ce dernier (plaintes, symptômes, etc.). On n'exclut donc aucun des éléments habituellement retenus dans une observation clinique mais on suit le chemin diamétralement opposé à celui de la pratique courante, dans la mesure où les anamnèses familiale ou personnelle sont utilisées comme moyens de vérification d'hypothèses initiales émises sur la base des *premières interactions* intervenant entre le patient et le thérapeute.

Cette technique reprend donc la procédure de la psychanalyse qui consiste à aller du présent au passé, mais se fonde clairement sur deux niveaux d'analyse : verbal *et* non verbal. Elle se fonde sur la constatation que le patient apporte, lors d'un premier contact, une foule d'informations que le thérapeute ne perçoit souvent pas ou qu'il est incapable d'organiser en un tout cohérent permettant de poser un diagnostic cohérent. Le but de ce chapitre est de fournir au thérapeute quelques points de repère susceptibles de l'aider dans sa démarche. Dans cette perspective, on commence par étudier la dynamique relationnelle précoce s'installant entre le patient et le psychothérapeute (interactions, réactions émotionnelles du psychothérapeute au comportement du patient), dynamique que l'on analyse et rapporte à la structure psychologique du patient, à la nature des problèmes qui le conduisent à la consultation et enfin aux antécédents de ce dernier, ceci en rapport avec le modèle psychanalytique. Il s'agit là d'une perspective nouvelle qui consiste à mettre nos connaissances psychanalytiques et systémiques au service du diagnostic. Le point de vue présenté est donc psychodynamique et globalisant puisqu'il représente une forme de synthèse de données issues des théories systémiques et de données issues de la psychanalyse. Il offre l'énorme avantage de permettre certaines *vérifications* et, par là, pourrait donner, pour la première fois, un statut scientifique à la psychodynamique.

3.1. Étude des aspects non verbaux

3.1.1. Mode de venue

La manière dont un patient arrive à la consultation nous offre déjà d'importants renseignements sur l'organisation de sa personnalité et sur les difficultés qu'il rencontre. En effet, ces éléments « non dits »

mais « agis » sont les plus proches de l'inconscient du patient (voir Troisième partie : Le fonctionnement psychique). On pourrait dire qu'il s'agit là d'éléments « latents » de l'entretien puisqu'ils ne sont pas « verbalisés ». Par ailleurs, ce sont les premiers éléments qui influenceront le thérapeute, souvent sans que celui-ci s'en aperçoive.

3.1.2. Informations précédant la rencontre avec le patient

Avant la première rencontre, le thérapeute peut disposer de renseignements provenant de tiers ou du patient lui-même.

Le fait que le patient soit adressé par un tiers quelconque signale d'emblée un problème se situant au niveau inter-personnel, entre le sujet et son *milieu relationnel*, ce qui est déjà une information fondamentale en ceci que celui qui adresse le « patient » se reconnaît implicitement incompétent pour traiter le problème. Si l'on veut comprendre avec précision la nature des problèmes actuels, il conviendra de savoir en premier lieu non pas quels sont les troubles dont souffrirait le patient, mais comment ce dernier a *persuadé son interlocuteur de l'adresser au psychiatre*.

Deux catégories principales de personnes peuvent envoyer un patient chez un psychiatre : des professionnels de la santé ou des familiers. Selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre catégorie, la venue du patient prend une signification différente.

■ *Professionnels de la santé*

Le plus souvent, il s'agira de renseignements téléphoniques ou écrits du médecin traitant ou d'autres instances, paramédicales ou sociales. Dans tous les cas, il s'agira de savoir, là encore, si le patient s'est adressé *spontanément* à eux, ou s'il ne l'a fait que poussé par d'autres. Si la demande était spontanée, le premier intervenant est probablement le seul moyen trouvé par le patient pour accéder aux soins psychologiques, sinon le thérapeute pourrait n'être que le dernier maillon d'une chaîne qui risquerait de se prolonger !

Le fait que le renseignement soit donné par *écrit* ou par *téléphone* n'est pas dénué de sens : plus grande officialité de l'écrit et plus grande rationalité ; plus grande spontanéité du téléphone et plus grande chaleur.

Dans tous les cas, il s'agit de s'intéresser en premier lieu à *l'attitude de la personne qui adresse le patient* et en second lieu seulement au contenu du message. Cette attitude nous fournira

d'importants renseignements sur les réactions provoquées par le patient (contre-transfert). Tout ceci parce que les émotions du psychothérapeute seront déjà fortement mobilisées par l'intervenant précédent, avant que le patient n'ait eu la moindre possibilité d'action. Il convient de ne pas oublier que le fait d'adresser un patient à un soignant implique un double mouvement : reconnaissance de sa propre impuissance à traiter le problème et reconnaissance des capacités de l'autre, ce qui n'est pas toujours facile. La question est donc de savoir comment le patient a induit ce mouvement chez l'autre. Et c'est cela que le contenu du message du soignant précédent peut éclairer.

Si le malade est envoyé par un *médecin somaticien*, le plus probable et qu'il présente des symptômes à forme somatique : troubles névrotiques (conversion, phobies, etc.), fonctionnels (somatisations diverses) ou psychosomatiques (la plupart des troubles somatiques dits « essentiels » telles que certaines formes d'asthme, d'ulcère gastroduodénal, etc.) ; on peut y ajouter les syndromes de panique ou apparentés. Chacun de ces symptômes aura poussé le médecin à faire diverses investigations somatiques avant de décider qu'il s'agit probablement de difficultés d'ordre psychologique. Ainsi le patient consulte sur un *constat d'échec du médecin précédent*, sauf si l'un des deux avait évoqué des difficultés psychologiques dès le début et que les investigations somatiques n'avaient été faites que pour s'assurer de l'absence de troubles de cette nature.

L'hystérique est envoyé(e) d'ordinaire après une longue investigation ; le phobique, lui aussi, en a subi une, mais, d'ordinaire, de plus brève durée ; dans le premier cas, le praticien a été inconsciemment « séduit » par son patient et a cherché à trouver à tout prix l'origine des troubles, dans le but tout aussi inconscient (mais légitime...) de prouver son efficacité (sa puissance) ; on comprendra dès lors que l'échec sera difficile à digérer puisque les moyens dont dispose le médecin ne lui ont permis ni de découvrir l'origine des troubles du patient, ni de les traiter. Il aura bien souvent le sentiment d'avoir été trompé par quelqu'un qui « n'a rien », et le ton de la lettre ou du coup de téléphone du confrère traduira probablement une certaine déception, ce qui permettra au psychothérapeute de poser un premier diagnostic. Si le médecin perçoit immédiatement l'origine psychologique de l'anxiété du malade, ses investigations auront pour but de le rassurer, avant de l'envoyer chez le spécialiste ; la situation est donc manifestement moins blessante et le ton de la lettre sera plus positif ! Dans les deux cas, on percevra que le désir de guérir du médecin a été fortement mobilisé, ce qui situe les choses d'emblée au niveau névrotique.

Les troubles fonctionnels (somatisations), quant à eux, traduisent des conflits interrelationnels actuels que le patient est incapable de

verbaliser et d'affronter : conflit familial, sentimental ou professionnel. Le patient éprouve une certaine difficulté de mentalisation qui le rend peu accessible aux propos du médecin et donne souvent une impression de mauvaise volonté qui le fait considérer comme un « malade imaginaire ». Là encore les propos du médecin seront révélateurs : ils montreront que les investigations n'ont été faites ni pour « trouver quelque chose » ni pour « rassurer le malade », mais pour « prouver » à ce dernier qu'il ne « souffre d'aucun trouble ».

■ *Instance non médicale*

Quelle que soit l'autre instance (judiciaire, scolaire, assurance, etc.), on peut en déduire, dans un premier temps, que le patient n'avait pas de réelle conscience d'un problème personnel et que sa venue est le résultat d'un *conflit avec le monde extérieur* ; le type d'instance donne déjà d'importantes indications sur la nature des problèmes : difficultés scolaires, comportements antisociaux, conflit avec une assurance, etc.

■ *Renseignements fournis par des familiers*

Les familiers n'écrivent guère et procèdent le plus fréquemment par téléphone ; parfois ils viennent personnellement chez le psychiatre « en ambassadeur ».

S'il n'est pas question d'une affection psychiatrique manifestement grave (appel d'urgence pour état aigu, par exemple), l'intervention d'un proche du patient peut provoquer l'irritation du psychothérapeute qui a l'impression que son interlocuteur « se mêle de ce qui ne le regarde pas », et complique ainsi les choses. Pourtant un tel appel est riche en informations : il nous permet de savoir que des *difficultés opposent actuellement l'auteur de l'appel au malade* dont il est question. Le psychothérapeute devrait donc s'efforcer de déterminer la nature de ces difficultés, ce qui lui permettra de déduire la nature des problèmes du malade désigné. Mais avant qu'une seule parole n'ait été échangée, on sait que l'on aura affaire à un conflit interpersonnel !

Un tel conflit se situe entre deux extrêmes : un excès de *dépendance* ou un excès de *rivalité*. Les premiers propos permettront au thérapeute de le préciser ; l'entretien avec le patient permettra de définir plus précisément la forme de dépendance ou de rivalité : personnalité dépendante, *borderline case*, personnalité infantile, névrose de caractère, prépsychose, état dépressif, trouble organique, etc.

La névrose de caractère se reflétera dans des conflits de rivalité où l'interlocuteur paraîtra d'emblée vouloir placer le thérapeute dans une

situation d'échec ; la dépendance se reflétera dans un sentiment de lourdeur communiqué par l'interlocuteur qui paraît vouloir se décharger d'un poids devenu trop lourd pour lui ; le *borderline*, quant à lui, mobilise l'insécurité chez ses proches, qui viendront demander conseil dans une atmosphère d'ordinaire dramatique ; le prépsychotique transmet à la longue ses troubles de la pensée à ceux qui partagent son existence et qui montreront une certaine perplexité.

Notons au passage que, si le thérapeute surmonte son irritation, il sera capable d'adopter une attitude thérapeutique qui permettra de résoudre le problème avec le premier interlocuteur et par là, peut-être, de ne jamais avoir à traiter ce patient désigné, le problème étant résolu avec le premier interlocuteur...

3.1.3. Premier contact, téléphonique, avec le patient

Le fait de téléphoner soi-même est évidemment le signe d'une certaine autonomie et surtout d'une motivation personnelle. Si le patient se montre succinct et se contente d'évoquer un besoin d'aide quelconque, cette impression d'autonomie sera renforcée. Si, par contre, il s'efforce de retenir le thérapeute au téléphone et cherche à lui expliquer l'ensemble de ses problèmes, ce sera le reflet d'une résistance classique consistant à impliquer le thérapeute avant de l'avoir rencontré ; cette résistance implique la non-reconnaissance de l'existence de l'autre en tant que personne indépendante (on tend à confondre son vis-à-vis avec ses propres fantasmes), ce qui est le fait des perversions de caractère (surtout orales), des personnalités *borderline*, en particulier.

3.1.4. Dans la salle d'attente

Avant le moindre contact verbal, nous pouvons disposer, une fois encore, d'importantes informations.

Le patient peut être accompagné ou seul.

■ *Le patient est accompagné*

S'il est accompagné, on peut être presque certain que des liens affectifs étroits lient le patient à la personne accompagnante (à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence). Ici encore, le comportement des malades par rapport au contexte nous fournira d'importantes indications.

Si, au moment où le thérapeute vient chercher le patient, la personne accompagnante se lève et fait mine d'entrer dans le bureau, elle nous indique clairement que le problème pour lequel on consulte concerne le couple et non seulement le patient désigné. La nature même de ce problème est aussi indiquée par le comportement des partenaires : la personne accompagnante peut, par exemple, demander à parler au thérapeute « avant » le patient. Ceci marque un désir de contrôle de la situation et traduit, chez le partenaire, la volonté d'être considéré comme un « co-thérapeute ».

Si, au contraire, l'accompagnant demeure en retrait, hésite, cela traduit un appel à l'aide caché : on signale, sans trop insister, que l'on existe « aussi » !

■ *Le patient est seul*

Il paraît définir son problème comme personnel, mais ceci peut n'être qu'une apparence et ne permet pas de juger du niveau d'organisation psychique. Ceci devra être précisé par les communications non verbales du patient, puis par ses premiers propos. Le fait de se présenter spontanément n'est pas obligatoirement un signe « d'*insight* » ou la marque d'un « conflit intrapsychique » ; il signifie simplement que le patient préfère être seul avec le thérapeute, ce qui, en réalité, peut être la marque d'une résistance : le patient peut, par exemple, désirer dissimuler son conflit conjugal.

3.1.5. La présentation

Le vécu du patient est, lui aussi, immédiatement communiqué au thérapeute, avant que le moindre mot n'ait été échangé. Il se traduit par la présentation générale, la posture, les gestes, la mimique, le regard, l'ouverture des pupilles, par exemple. Il s'agit essentiellement de l'ensemble des manifestations communément dénommées « communications non verbales ».

■ *L'habillement : la mode*

L'habillement est typiquement une manifestation que l'on pourrait qualifier d'intermédiaire (entre le social et l'individuel) : il comporte un aspect « mode » et un aspect « goût ».

L'aspect « mode » de l'habillement marque assez clairement la *position du sujet par rapport à son groupe d'appartenance*. On sait que, hors de situations particulières telles que le service militaire, par

exemple, les gens s'habillent différemment selon leur statut socio-culturel. Certaines différences sont très marquées, comme chez les adolescents ou les jeunes adultes (*skin heads*, blousons noirs ou, à l'opposé, jeunes gens studieux de bonne famille, etc.). D'autres sont plus subtiles, comme la discrète élégance de personnes appartenant, par tradition, à une classe socio-culturelle élevée (les gens savent bien s'habiller, mais sont assez sûrs de leur appartenance pour ne pas avoir à le « montrer ») ou la recherche plus visible et plus maladroite de personnes de classes peut-être fortunées, mais sans tradition affirmée. On peut aussi relever une discordance entre l'habillement et l'âge du patient : ceux qui sont vieux avant l'âge et ceux qui nient leur âge.

Ainsi, l'habillement peut être considéré comme un message nous signalant comment le patient se situe par rapport à son groupe d'appartenance : si l'habillement correspond au statut social du sujet, ce sera un signe de bonne intégration ; le degré d'intégration sera surtout marqué par le goût du sujet.

■ *Le goût*

Le « goût », par essence, est individuel. Il met en évidence les capacités créatives du sujet, son sens artistique et son originalité. Le goût permet au sujet d'interpréter les normes fournies par le groupe social. Ainsi, toutes les nuances sont possibles :

- sujet habillé correctement, selon les normes imposées par son statut socio-culturel, mais sans la moindre originalité : sujet probablement trop bien adapté : formation réactionnelle, obsessionnalité probable ;
- sujet habillé trop manifestement selon les normes (avec une certaine maladresse révélant un malentendu) : sujet s'efforçant de s'adapter à son statut, mais n'en ayant compris que les aspects superficiels : hyperadaptation d'étrangers cherchant à s'intégrer à leur nouveau milieu, nouveaux riches, etc. ;
- sujet habillé selon les normes, mais avec une certaine « recherche personnelle » : sujet bien intégré et doté d'une saine notion de son identité personnelle.

Les messages donnés par l'habillement sont d'*autant plus puissants* que le thérapeute n'y est pas attentif. Ils influencent fréquemment le contre-transfert dans un sens difficilement contrôlable : par exemple, réveil d'un sentiment d'infériorité inconscient par un patient de statut socio-culturel plus élevé, malaise provoqué par un exhibitionnisme trop marqué, etc.

Être au courant de la mode et des modes est donc loin d'être aussi frivole que d'aucuns le croient…

3.1.6. Les affects

Dans les interactions patient-thérapeute, les affects jouent évidemment un rôle fondamental ; c'est par ses émotions que le patient est susceptible d'influencer le comportement du thérapeute, d'autant plus que ce dernier, en raison de sa fonction, s'efforce de faire abstraction de ses propres sentiments (règle d'abstinence). Les affects sont communiqués, pour la plupart, par des moyens non verbaux (mimique, posture, gestes, regard, etc.), ce qui leur donne un impact d'autant plus grand ; les affects du patient agissent très souvent sur le thérapeute à son insu ; ils influencent « l'inconscient » de ce dernier. La seule manière sûre de percevoir les affects du patient est, pour le thérapeute, de porter une grande attention à *ses propres réactions émotionnelles* ; il s'agit toujours de se demander : « Qu'est-ce que je ressens face à ce patient ? », ce qui est le meilleur indicateur des émotions transférentielles. Dans un deuxième temps, on se demandera *pourquoi* on ressent telle ou telle émotion. Relevons ici l'importance, pour un psychothérapeute, de se connaître soi-même : c'est bien là l'utilité d'une démarche psychanalytique personnelle. Il est indispensable que le psychothérapeute sache quelles sont ses réactions, ses fantasmes face aux mouvements agressifs, amoureux ou autres de ses patients. Qu'il sache aussi comment il aménage ses propres sentiments. Cette connaissance de soi-même est le meilleur point de repère pour déceler les émotions du patient. La démarche personnelle ne veut donc pas faire d'un psychanalyste un « homme parfait » (même si elle l'aide certainement à résoudre certaines difficultés). Elle vise surtout à éviter au psychothérapeute d'être aveugle face à son patient, en raison de ses propres difficultés. Ceci concerne la question de la formation, dont il sera question au chapitre 5 de la 4e partie.

Ainsi, si le thérapeute s'aperçoit qu'il éprouve, sans raison apparente, un sentiment de *réprobation* à l'égard du patient, il pourra être presque certain que le patient souffrira d'un sentiment de honte inconscient. Si le thérapeute éprouve un mouvement d'*irritation*, il est probable qu'il réagit au fait que le patient cherche inconsciemment à le manipuler par ses affects (apparent désarroi sous-tendu par agressivité, politesse excessive). Si le thérapeute éprouve un *malaise indéfinissable*, le patient souffre d'anxiété liée à des troubles de l'identité. Si le thérapeute s'aperçoit de mouvements *sadiques* chez lui, il est probable qu'il soit confronté aux formations réactionnelles d'un patient trop poli. Une profonde *souffrance* éprouvée par le thérapeute signifie que le patient souffre d'une blessure qu'il n'a jamais pu affronter jusqu'ici (identification projective). La *nostalgie* est réveillée par l'angoisse de séparation. L'*envie de « prouver »* quelque

chose est réveillée par l'angoisse de castration provoquée par l'apparente « belle indifférence » et les mouvements « séducteurs » de l'hystérique qui, pourtant, est « impénétrable »... La *commisération* est réveillée par l'« abandonnisme » d'un patient réellement délaissé dans son enfance. L'*envie de rationaliser* est réveillée par le côté procédurier (angoisses de pénétration homosexuelle). Le *découragement* est mobilisé par la pesanteur des patients refusant la lutte active. L'*envie de plaisanter* (humour) est réveillée par des patients se défendant contre un grand désarroi (dépendance) ; ils tournent en ridicule leurs besoins et entraînent le thérapeute dans leur sillage (dénégation de manque). La *compassion amusée* est réveillée par le théâtralisme de certains patients hommes qu'on ne prend guère au sérieux (un des exemples typiques est le « syndrome de couvade »). La *méfiance* est paradoxalement réveillée par les sentiments de culpabilité inconscients des névrosés. Par contre, l'*envie de raisonner l'autre ou de le contredire* est réveillée par la méfiance des paranoïaques. La *mélancolie* d'un patient ne réveille pas, chez le thérapeute, la compassion, mais une envie de traiter ce symptôme que l'on considère comme inadéquat.

Dans l'ensemble, tous les *troubles symptomatiques* mobilisent peu les affects du thérapeute et le poussent surtout à *l'agir* (traiter le problème). Les troubles *fonctionnels* provoquent l'*irritation*. Les troubles *de conversion* provoquent la *curiosité*, dans un premier temps. Les troubles *obsessionnels* provoquent l'*impatience*.

Dans tous les cas, il est indispensable que le thérapeute sache établir une distinction entre ses propres problèmes et ceux des patients (idiosyncrasies du psychiatre, contre-transfert personnel).

3.2. Communications verbales : les premières phrases

Le fait de pouvoir exprimer par des mots des émotions, des sentiments ou des problèmes montre les capacités de mentalisation du sujet. Selon l'expérience psychanalytique, cette capacité de symbolisation joue un rôle fondamental dans l'équilibre psychique, dans la mesure où cette « liaison des affects » à des « représentations » offre au sujet une importante possibilité de « maîtrise » des émotions. C'est une sorte de filtre émotionnel qui permet de ne pas être constamment soumis à des tensions intolérables. En effet, on peut jouer avec les mots, raisonner, établir des liens temporo-spatiaux

entre eux, etc. On peut provoquer, avec le même mot, des sentiments totalement opposés en ceci que, selon la manière dont il sera présenté, le mot sera considéré comme « vrai » ou « faux » par l'interlocuteur. Dans la perspective de la relation thérapeute-patient, les communications verbales occupent une position particulière en raison de leur fonction de « représentation » ; un mot « représente » une chose, sans être « vraiment » la chose elle-même ; ce mot « est » et « n'est pas » la chose dont on parle, ce qui revient à dire que toute communication verbale est *ambiguë*, au contraire des communications non verbales qui, elles, sont toujours univoques. Les communications verbales dépendent davantage du contrôle conscient des patients que les communications non verbales ; elles montrent, d'une part, ce que le patient est capable d'exprimer par des mots et, d'autre part, ce qu'il veut nous faire savoir, ce qu'il veut que le thérapeute pense. Mais ce dernier peut accepter l'idée de son patient ou s'y opposer.

Dans la perspective d'un diagnostic psychodynamique, les *premières phrases* prononcées par un patient lors de la première rencontre avec le thérapeute seront fondamentales en ceci qu'elles permettent de percevoir :

– ce qui pousse consciemment le patient à consulter (motivations conscientes) ;
– ce qu'il veut faire croire ou « penser » au thérapeute.

Par ailleurs, si le patient peut « jouer » avec les mots, il en est de même du thérapeute, qui, lui, aura tendance à « interpréter » les propos du patient, c'est-à-dire qu'il aura tendance à se demander s'il convient de *croire ou de ne pas croire* ce que ce dernier affirme. Par exemple, si un patient dit : « Je viens parce que mon médecin m'envoie », le thérapeute se demandera automatiquement si cette version est vraie, partiellement vraie, ou fausse. La réaction du thérapeute aux propos du patient sera fortement modulée par les éléments non verbaux.

Ainsi, et pour autant que le thérapeute se contente d'une question ouverte telle que : « Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter ? », les premiers échanges entre thérapeute et patient nous fourniront d'emblée des renseignements clairs sur les motivations et sur la structure de la personnalité. Les premiers propos du patient vont montrer la nature de l'aide consciente recherchée, plus particulièrement le mode de relation défini consciemment. Or, selon le modèle décrit, c'est dans la nature de la relation d'objet recherchée par le patient qu'il convient de débusquer la motivation à consulter (*étayage objectal*). En effet, selon notre hypothèse de travail, le patient est poussé à consulter en raison d'une crise interne provoquée par un déséquilibre

surgissant dans les relations affectives proches et durables (rupture d'étayage objectal), et par un déséquilibre intrapsychique (rupture du barrage défensif du Moi) ; l'un et l'autre sont d'ailleurs liés. La confrontation des éléments non verbaux et des éléments verbaux nous permettra de définir la crise à laquelle le patient doit faire front et, en conséquence, l'organisation probable de sa personnalité, puisque la demande du patient est provoquée par une rupture de son organisation défensive. La confrontation des éléments verbaux et non verbaux nous fournit des indices assez sûrs de l'« *insight* » du patient, de son *système défensif* et de ses « *patterns relationnels* ». C'est ce qui nous permettra d'émettre, sur des bases solides, des hypothèses sur :

– la personnalité du sujet,
– la nature de la crise actuelle,
– les traumatismes éventuels subis par le patient dans son enfance (en vertu du principe de répétition).

Le patient nous révèle souvent, dès le début, s'il est venu à la première adresse qu'il a trouvée ou s'il s'est renseigné sur une « bonne adresse ». Chacune de ces possibilités signe une attitude interne du patient vis-à-vis de lui-même :

– si l'on apprend qu'il est venu à la première adresse trouvée, on peut en déduire que le patient est très probablement soumis à une pression interne urgente marquée surtout par un « narcissisme » très défaillant : il manque trop d'estime pour lui-même pour oser réclamer de « bons soins ». Il peut aussi s'agir d'une « personnalité narcissique » (l'autre ne compte pas) ou d'un « syndrome abandonnique » (l'autre ne doit pas compter hors des besoins du sujet) ;
– s'il a pris des renseignements et a choisi son thérapeute, on est en droit de penser que le patient ne veut pas être traité n'importe comment ; ceci traduit, d'ordinaire, une attitude adéquate vis-à-vis de soi-même, une manière de prendre soin de soi et d'éviter les risques inutiles, ce qui nous oriente vers une structure « névrotico-normale » : être capable de demander conseil aux autres et d'en tenir compte traduit une certaine dose de confiance en autrui et en soi-même, ce qui n'empêche pas d'être angoissé pour une quelconque raison... Notons ici que tout dépend de la nature des renseignements qu'il a recherchés : s'il s'est simplement renseigné sur la qualité du thérapeute, les considérations précédentes sont valables ; s'il a, par contre, recherché un thérapeute répondant à des critères précis (religion, méthode, ou autre), il peut s'agir d'un patient ayant de forts besoins.
De plus, il peut nous dire s'il est venu en raison d'une pression de l'entourage ou en raison d'une pression interne.

– s'il vient sous pression de l'entourage, il l'exprimera en disant qu'il vient « pour son conjoint » ou « à cause de lui ». Il est dès lors probable que le sujet ait tendance à utiliser son entourage pour résoudre des problèmes existentiels : il s'appuie sur les autres qui, eux, commencent probablement à ne plus le supporter : névrose de caractère, *borderline*, troubles addictifs divers, personnalités dépendantes, somatisations. Si un tel patient n'est pas accompagné, s'il n'a pas été précédé d'un appel téléphonique de l'entourage, on peut être presque sûr que la crise actuelle est provoquée par une menace de rupture ;
– s'il vient en raison d'une pression interne, il l'exprimera en évoquant une souffrance personnelle, des angoisses, des symptômes divers qu'il n'arrive plus à supporter. Dans ce cas, il est probable que ce patient est en conflit avec ses propres désirs qu'il n'arrive pas à réaliser : névroses et caractères névrotiques.

Pour comprendre les motivations conscientes et inconscientes du patient, il s'agira donc de tenir compte principalement de l'*aspect relationnel* de ses premiers propos :

– la *lenteur du débit verbal* incite le thérapeute à adopter une position active, à stimuler le patient (relation sadomasochiste) ;
– les *troubles de la pensée* légers sont souvent compensés par le thérapeute, qui « corrige » inconsciemment les erreurs du patient ;
– le *verbiage* ennuie et provoque des troubles de l'attention.

« Je me méfie de tout le monde ». Pour le thérapeute, la question qui s'imposera est : « Et de moi ? » Il se trouvera dans une situation paradoxale ou, s'il veut être en accord avec son patient, il devra ajouter intérieurement la remarque suivante : « pas de moi » ; ou bien il s'efforcera d'inciter le patient à ne pas se méfier de lui, ce qui le conduira à une attitude « complice ». Il s'agit là d'un type de communication induisant une relation de type pervers.
Par contre, si un patient dit : « On m'a fait du tort », le thérapeute aura tendance à se méfier de ce qu'on lui dit, ce qui est assez caractéristique d'une relation de type paranoïaque.
« Si vous ne vous occupez pas de moi, je me suicide ! » est une menace destinée à pousser le thérapeute à l'agir, au détriment de la réflexion. Ce type de menace est assez caractéristique des troubles du caractère. Par contre, des idées suicidaires non exprimées évoquent la dépression.
Le phobique qui exprime sa peur de la foule, son oppression au cinéma, incite le thérapeute à rationaliser.

Pour illustrer la démarche décrite, voici un bref exemple :

Un homme de 34 ans consulte après avoir téléphoné à quatre reprises en deux mois. Il avait, dit-il, obtenu le nom du thérapeute par l'inter-

médiaire d'une amie, elle-même en traitement chez ce dernier. C'est au quatrième appel qu'il obtient enfin un rendez-vous. Lors des précédents, la secrétaire du praticien avait répondu qu'aucune place n'était disponible et avait prié le patient de rappeler plus tard.
Il s'agit d'un homme très mince, élancé, à la voix juvénile, paraissant beaucoup plus jeune qu'il ne l'est en réalité. Il est vêtu sans recherche particulière. Ses premiers propos sont les suivants : « Je suis argentin d'origine, depuis dix ans je vis à X. J'ai deux enfants de sept et dix ans d'un premier mariage. Je suis musicien. Tout à coup, j'ai des sentiments de doute et d'indécision ! Sous alcool, je suis un autre homme... » L'analyse rigoureuse de ces quelques éléments nous permettra d'émettre des hypothèses sur la structure de cette personnalité, la crise actuelle et les images parentales du sujet.

Examinons donc ces différents éléments.

1. Le patient ne se laisse pas décourager par le manque de disponibilité du thérapeute, puisqu'il téléphone à quatre reprises, ce qui implique une forte motivation. Le fait que ces appels se suivent à de courts intervalles permet de supposer que ce patient affronte bel et bien une crise et que la nature de la demande est très probablement d'ordre régressif : le patient recherche un appui. La recherche d'appui régressif semble confirmée par le fait que cet homme tient à aller chez le thérapeute d'une proche amie, comme s'il tenait à se retrouver « en famille » (il aurait pu demander « conseil » sur le nom d'un autre thérapeute, d'autant plus que le médecin en question était déjà suroccupé ; il aurait aussi pu chercher un praticien plus neutre). Mais non, il « voulait » le thérapeute de son amie...

2. Ceci est évidemment une première impression fondée sur le comportement du patient. Les éléments suivants serviront à préciser les choses. Dans la salle d'attente, le psychothérapeute est frappé par l'aspect et la voix juvéniles de cet homme, ce qui nous conforte dans l'idée que ce dernier a besoin d'une famille. Le fait que quelque chose de l'ordre de la dépendance soit inscrit dans le corps permet de penser que le problème est lié à la personnalité du sujet et non pas seulement à un moment particulier de son existence.

3. Premiers échanges verbaux : les premières phrases du patient vont nous permettre de préciser les choses. Le raisonnement que nous tiendrons se fonde sur les hypothèses complémentaires suivantes :

– les premiers propos du patient traduisent ce que ce dernier tient à faire savoir au thérapeute ;
– l'ordre dans lequel ils apparaissent est un ordre hiérarchique. Le plus important est au début ;

– le contenu manifeste de ces propos est toujours sous-tendu par un contenu latent qui, par essence, est déterminé par les angoisses du patient ;

– en raison du contexte de la consultation – premier entretien – ces propos contiennent l'appel à l'aide du patient (demande manifeste selon la terminologie de M. Balint). Ils reflètent donc la crise psychologique que ce dernier est en train d'affronter ;

– du point de vue de la relation qui s'établi entre le patient et le thérapeute, ces propos, comme nous l'avons montré plus haut, sont l'objet d'un examen par ce dernier qui se demandera s'il faut les accepter simplement comme le reflet d'un fait (le patient est argentin, il ne fait que se présenter) ou s'il s'agit d'une manière d'exposer un problème (le patient éprouve le besoin de dire qu'il est argentin). Ce deuxième point de vue est celui du psychanalyste.

Nous considérerons donc que, si le patient commence par parler de sa nationalité, c'est qu'il tient inconsciemment à faire savoir au thérapeute que ceci représente un problème pour lui. C'est comme s'il craignait que l'on puisse douter de ses origines : nous rappelons que le propre des communications verbales est de permettre l'argumentation : on pourrait rétorquer, par exemple : « Vous vous dites argentin, mais vous ne le paraissez pas ! » En effet, le contexte de la consultation devrait plutôt inciter le patient à évoquer ses difficultés psychologiques, angoisses ou autres symptômes, qu'à se présenter comme il le fait. S'il avait dit : « Je suis argentin et je me suis mal adapté dans ce pays étranger ! », les choses auraient été plus claires. Mais ce n'est pas ce qu'il fait, puisqu'il dit : « Je suis argentin », ajoute : « J'habite depuis dix ans à X », puis : « J'ai deux enfants... », « Je suis musicien », et enfin seulement : « J'ai des sentiments de doute et d'indécision. »

De fait, en s'exprimant ainsi, il met au premier plan la problématique de sa nationalité, ce qui, comme nous l'avons dit, ne saurait que susciter un questionnement chez l'interlocuteur.

Le fait que le patient ajoute sans transition qu'il est ici depuis dix ans, qu'il a deux enfants d'un premier mariage et qu'il est musicien renforce l'idée que ce patient éprouve le besoin de se définir, mais ce de manière un peu confuse puisqu'il mélange des problèmes de nationalité, de famille et de métier. On pourrait évidemment considérer tout cela comme de pures conjectures, des élucubrations de psychiatre mal tourné, mais le dernier élément de la phrase – « j'ai des sentiments de doute et d'indécision » – paraît bien confirmer l'hypothèse émise que ces doutes ont trait à quelque chose qui touche à l'identité du patient. Et ceci rejoint la première impression fondée sur

le mode de venue du patient qui semblait rechercher à tout prix un endroit « familier » chez le psychothérapeute. Ainsi, la première hypothèse que l'on peut émettre est que ce patient souffre d'un problème lié à son identité et que ce problème a été réveillé par une crise récente puisqu'il est si pressé de consulter. La nature des événements susceptibles d'avoir déclenché la crise peut aussi se déduire des éléments précédents : si le patient recherche tellement un endroit familier, c'est qu'il est un peu « perdu ». Or que peut-il avoir perdu ? Il a fait allusion à sa nationalité et à sa première femme. Comme il est ici depuis dix ans, il est peu probable qu'il s'agisse vraiment de nationalité ; par contre, à une première femme peut en succéder une deuxième... On peut donc supposer que le problème actuel se situe là et que le patient vient de subir une nouvelle rupture sentimentale.

N'oublions pas qu'il s'agit là de premières *hypothèses* que la suite de l'entretien devra confirmer ou infirmer. Mais le fait de pouvoir les émettre donne beaucoup de sécurité au thérapeute pour la suite : le patient peut spontanément les confirmer, ce qui sera la preuve que le thérapeute ne s'est pas trompé ; il peut aussi soigneusement éviter d'aborder le problème et une simple question permettra de s'assurer de la justesse des prévisions.

La démarche présentée ici est essentiellement dynamique et se fonde sur une théorie, celle de « l'étayage objectal ». Cela consiste à considérer qu'à chaque organisation de personnalité correspond un mode relationnel préférentiel (relation aux objets externes). Comme toute psychothérapie se fonde sur une relation à deux, c'est de cette dynamique interactive que va dépendre le résultat (changement ou non changement). Ainsi, le mode d'investigation présenté, qui se base sur une mise en rapport de la problématique psychique du patient et de la dynamique relationnelle s'instaurant avec le thérapeute, est en rapport direct avec la démarche thérapeutique.

La démarche diagnostique est fondée sur une théorie de l'intégration psychique du passé du sujet (psychogenèse en fonction des relations intra-familiales). La démarche thérapeutique est fondée sur une théorie du changement psychique en fonction de l'interprétation.

Les questionnaires que l'on trouvera reproduits en annexe à cet ouvrage résument les points principaux sur lesquels se fonde notre démarche. Ils sont utilisés dans le cadre d'une recherche sur les dix premières minutes du premier entretien. Sur la base des réponses obtenues, un groupe d'experts, qui n'a pas vu le patient, émet des hypothèses sur l'organisation de la personnalité, la nature de la crise ayant conduit le patient à la consultation et les différents événements cruciaux susceptibles d'avoir marqué son enfance.

Troisième partie

LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

1. LE DIAGNOSTIC D'ORGANISATION DE LA PERSONNALITÉ

Le premier entretien est un moment privilégié pour poser un diagnostic d'organisation de la personnalité. Nous montrerons, au chapitre suivant, l'application à la psychopathologie des notions de fantasmatisation primaire et secondaire décrites au chapitre 3 de la 1ère partie. Dans ce chapitre, nous examinerons, dans leurs généralités, deux concepts fondamentaux pour le diagnostic d'organisation de personnalité lors du premier entretien : celui d'étayage objectal et celui de crise. Dans le cadre du premier entretien, où certains comportements sont clairement codifiés, la personnalité du patient se reflétera dans sa manière d'entrer en relation avec le psychothérapeute, dans sa manière de respecter ou de transgresser les codes relationnels impliqués par la première rencontre avec le psychothérapeute. Ceci pour deux raisons :

- comme nous l'avons relevé au chapitre 1 de la 2e partie, au moment de la première rencontre, le thérapeute et le patient sont de parfaits inconnus l'un pour l'autre. Chacun est donc confronté à son imaginaire. Le patient arrive à la consultation en raison d'une idée de ce qu'il attend de son thérapeute ;
- dans la grande majorité des cas, le patient consulte en situation de crise et, selon toutes nos observations, la crise reflète toujours le point central de l'organisation de la personnalité.

Les thèses que nous présenterons sont les suivantes :

- le caractère de l'individu est l'un des meilleurs et des plus sûrs indices de la structure de la personnalité ;
- en cas de crise psychologique, le caractère se révèle avec une clarté incomparable et permet un diagnostic précis et précoce ;
- la mise en perspective de ces éléments : dévoilement du caractère dans une situation de crise et diagnostic structural précis, permet des interventions psychothérapiques précoces, et extrêmement efficaces dans nombre de cas, telles que nous les présenterons aux chapitres 3 et 4 de la 4e partie.

1.1. L'étayage objectal

Si l'on considère qu'un lien dynamique unit le monde intrapsychique au monde relationnel, on peut estimer que le caractère est l'un des indicateurs les plus sûrs de l'organisation de la personnalité, dans la mesure où il est le reflet « agi », dans la relation aux autres, de la structure de la personnalité. Le caractère correspond à la manière habituelle du sujet d'entrer en relation avec les autres.

Comme M. Balint l'avait relevé, en 1936 déjà (Balint *et al.*, 1939), l'erreur que l'on fait toujours, dans la description du caractère, est de ne tenir compte que du sujet et jamais de l'objet. Or toutes les observations cliniques montrent que l'on ne saurait, en réalité, juger du caractère d'une personne quelconque sans faire référence aux réactions que cette dernière provoque chez son interlocuteur (influence exercée sur l'autre). En ce qui concerne la personnalité, il s'agit de savoir comment elle se manifeste dans une relation interpersonnelle. Une relation durable est toujours le produit de l'influence réciproque de *deux partenaires*.

Par exemple, une personnalité dépendante recherchera un partenaire apparemment sûr de lui (phallique), et vice-versa. C'est le type de relation complémentaire classique. Mais la difficulté naît lorsque l'on s'intéresse aux *rapports symétriques*, à savoir aux conflits ouverts. On s'aperçoit alors qu'une personnalité peut se défendre contre ses besoins de dépendance et rechercher des partenaires qui acceptent leur dépendance. Le temps aidant, la personnalité qui se défend se met à reprocher à l'autre sa passivité, tandis que l'autre répondra que, s'il se montre si passif, c'est parce que le premier est trop autoritaire. Il s'agit là d'un conflit symétrique défensif tout à fait caractéristique et classique.

Dans ces conditions, il s'agit de trouver un moyen permettant de dire, avec un bon degré de certitude, ce qui est attribuable au sujet et ce qui est attribuable à l'objet. Pour faciliter cette distinction, le psychanalyste s'appuie essentiellement sur le dispositif psychanalytique : il se soustrait au regard de l'analysé et s'efforce de parler peu en gardant une certaine neutralité, ce qui lui permet de devenir une sorte de miroir dans lequel se regarde le patient.

Le psychothérapeute qui, lui, s'offre au regard du patient ne peut bénéficier des avantages du *setting* analytique ; il est en relation directe avec son patient, et c'est bien là le sujet qui nous a le plus intéressé car il paraît inconcevable de croire que le psychothérapeute, en « face à face », disposerait des mêmes conditions de neutralité que dans une situation psychanalytique classique.

Lorsque l'on s'intéresse à la relation thérapeutique, le fait de travailler dans un service universitaire comporte le gros avantages d'offrir d'innombrables occasions d'observer le travail des autres, c'est-à-dire la nature des *relations thérapeutiques* qu'ils établissent ; ceci donne des éléments de comparaison très importants. Nous avons donc étudié des centaines d'entretiens menés par des collègues expérimentés ou inexpérimentés, par des étudiants en médecine, ou par des médecins somaticiens.

Ceci nous a permis de constater l'*énorme influence exercée par les patients* sur le comportement des thérapeutes. On pourrait d'ailleurs édicter une règle générale : cette influence est *inversement proportionnelle à l'expérience du thérapeute*. Ainsi, les étudiants sont particulièrement vulnérables et se laissent conduire là où le patient veut, alors que le médecin expérimenté s'efforce de garder le contrôle de la relation, sans jamais y parvenir totalement.

Par ailleurs, la nature de cette influence est étroitement liée au caractère du patient et à sa pathologie. Le patient anxieux provoque des réactions de réassurance, l'agressif des mouvements de défense, et ceux qui souffrent de troubles fonctionnels provoquent l'irritation des médecins, etc.

La perception de ces deux phénomènes – augmentation de l'influence du patient proportionnelle à l'inexpérience de l'interlocuteur et nature de l'influence marquée par le caractère et la psychopathologie du patient – nous a permis d'émettre une hypothèse de travail :

> Si l'on offre au patient l'occasion d'influencer son thérapeute, on disposera d'un excellent moyen de poser un diagnostic précis sur son caractère et, par là, sur la structure de sa personnalité, pour autant que l'on s'accorde la possibilité de prendre conscience de cette influence.

Ce faisant, nous affirmons que l'organisation d'une personnalité se déduit des interactions qu'elle établit avec son entourage avec beaucoup plus de précision que de l'observation clinique ou de la verbalisation. C'est sur cette base que nous avons construit notre théorie de l'étayage objectal. Cette notion vise à décrire la manière dont le sujet utilise l'objet pour maintenir son équilibre interne, sa structure psychique.

L'étayage objectal comporte toujours deux aspects :

- *pulsionnel*, qui traduit la manière dont le sujet utilise l'autre pour satisfaire ses pulsions ;
- *défensif*, qui traduit la manière dont le sujet utilise l'autre pour se défendre contre des pulsions anxiogènes (désirs interdits) ou contre des attaques narcissiques.

L'étayage objectal a donc affaire avec la vie fantasmatique du sujet *et* de l'objet : il décrit le rapport entre fantasme et réalité.

L'aspect pulsionnel n'intéresse, en réalité, le psychothérapeute qu'en cas d'inhibition (le sujet n'arrive pas à satisfaire ses pulsions) ou en cas de déviation (perversions diverses, boulimie, addictions, etc.).

L'aspect défensif intéresse le psychothérapeute en ceci qu'il donne d'excellentes indications sur l'organisation narcissique de la personnalité et peut devenir un levier important pour une interprétation initiale très efficace.

On peut étudier les comportements du patient selon deux axes :

- l'*anamnèse* du sujet permet l'observation des comportements répétitifs qui donnent une idée exacte de la personnalité : c'est le point de vue historique ;
- l'observation du *comportement* du patient lors du premier entretien fournit aussi des indications très précises sur l'organisation de la personnalité.

Nous avons montré, à propos de l'anamnèse associative, comment nous utilisons les données anamnestiques comme éléments de confirmation d'hypothèses construites très précocement sur la base du comportement du patient à la consultation. Ces hypothèses se fondent sur notre théorie de l'étayage objectal et portent sur la vie interne du sujet, l'organisation de ses fantasmes.

Quelques considérations s'imposent donc sur les rapports entre fantasmes et réalité externe. La question est de savoir ce qui fonctionne comme révélateur de la vie fantasmatique du sujet.

1.2. Du rôle des fantasmes dans les relations interpersonnelles

On comprendra que les éléments précités sont d'une extrême importance pour la compréhension de la dynamique de la relation thérapeutique. En effet, on fait presque toujours de graves erreurs d'appréciation lorsque l'on ne se préoccupe pas du *rapport dynamique liant interactions et vie fantasmatique*. En ne s'intéressant qu'aux objets internes, sans tenir compte du cadre qui les révèle, le psychanalyste peut oublier que la découverte de ces objets internes se fait par l'intermédiaire d'une relation, la « relation psychanalytique ».

Cette relation est très codifiée et les seules satisfactions pulsionnelles autorisées sont de nature thérapeutique. En somme, le plaisir est interdit. Seuls les soins sont autorisés en vue d'une guérison. D'un point de vue psychanalytique, on pourrait dire, symboliquement, que tout ce qui touche aux satisfactions libidinales est interdit alors que ce qui concerne l'auto-conservation est autorisé. Par définition, le fantasme, qui exprime le rapport aux objets internes, est une formation individuelle. Il est interdit au psychanalyste de se considérer comme un objet de plaisir. C'est cela qui fonctionne comme révélateur des fantasmes du patient.

Dans un *rapport interpersonnel normal*, les fantasmes se situent aux deux pôles de la relation : chez le sujet et chez l'objet. Il arrive que l'un des partenaires puisse avoir envie de confondre l'objet réel avec ses fantasmes, mais ledit objet peut refuser cette confusion. Et se pose la question : hors du cadre analytique, quand peut-on dire que le sujet est en rapport avec ses objets *internes* et non avec l'objet *réel* ? C'est-à-dire : quand peut-on affirmer qu'un comportement est bien le reflet d'une problématique individuelle et non provoqué par l'autre ? La réponse à cette question est simple et logique : *on ne peut être sûr qu'un problème appartient à un individu que si le partenaire du dit individu refuse la relation proposée*. C'est à ce moment-là seulement que le sujet sera confronté à lui-même. On retrouve ici le rôle de l'interdit propre au cadre psychanalytique, mais on s'aperçoit que la frustration n'est pas toujours ce que l'on croit.

La célèbre plaisanterie du masochiste illustrera ce que nous entendons par là : le masochiste rencontre un sadique et lui demande : « Fais-moi mal ! », et le sadique de répondre : « Non ! » La frustration consiste ici à ne pas entrer dans le jeu relationnel proposé par le masochiste, à ne pas accepter de lui octroyer le plaisir qu'il réclame. Du point de vue psychanalytique, la frustration est toujours une frus-

tration de plaisir, ce que l'on oublie parfois, d'autant que le plaisir peut prendre des formes beaucoup plus étranges que celle du masochiste. Ainsi, pour le sujet passif, la frustration consisterait en l'obligation d'activité, pour le sujet souffrant de carences affectives, la frustration consisterait paradoxalement en gratifications, etc. Tout ceci pour montrer l'importance de l'étude du rapport entre interactions et fantasmatisation : on ne saurait avoir une idée claire de la problématique intrapsychique de quelqu'un que si l'on est capable de le frustrer du plaisir qu'il recherche dans ses relations interpersonnelles, et *la nature de la frustration à imposer dépend des structures de personnalité*. Pour appuyer ce propos, nous pourrions ajouter, en ce qui concerne le diagnostic, que si le soi-disant masochiste accepte le refus du sadique, il n'est pas réellement pervers ; par contre, s'il insiste dans sa demande, on peut être presque sûr qu'il l'est. Ceci montre l'importance de la réaction du thérapeute (sa capacité de frustrer l'autre) pour l'établissement du diagnostic de la personnalité. *L'étayage objectal désigne donc essentiellement la réaction que cherche à obtenir le sujet en fonction de ses fantasmes inconscients.*

Les premiers entretiens représentent, à notre avis, l'une des meilleures situations expérimentales pour étudier les manifestations transférentielles, puisque, si les protagonistes ne se connaissent pas du tout et n'ont d'autre référence que leur propre imaginaire, le patient n'en attend pas moins quelque chose du thérapeute. L'observation de cette attente et de la réaction du psychothérapeute va nous fournir d'inestimables renseignements.

Nous voudrions quelque peu développer la question du rapport entre fantasme et réalité en nous appuyant sur un exemple portant sur les premières minutes d'un premier entretien avec une jeune femme de 23 ans environ, que l'on pourrait qualifier de « masochiste-dépressive », à la suite de Kernberg. Cette jeune femme consulte une femme psychothérapeute, sur l'insistance d'une cousine qui est très inquiète de son état.

Elle commence d'emblée l'entretien en disant : « Je suis incapable de faire une bonne chose, pas même un enfant ! » Elle explique qu'elle vient de subir l'interruption d'une grossesse extra-utérine dans les conditions suivantes : elle entretenait, depuis quelques mois, une liaison avec un homme dont elle était devenue enceinte. Ce dernier avait refusé la grossesse, mais la patiente avait tenu à conserver son état. Aussi, tous deux s'étaient-ils mis en ménage, mais, au bout d'un mois, l'homme était parti. La patiente avait, malgré tout, poursuivi la grossesse jusqu'au moment où l'on s'est aperçu qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. C'est alors qu'elle s'était déprimée ; mais elle n'aurait pas consulté si sa cousine ne l'y avait pas poussée.

Très vite, durant l'entretien, la psychothérapeute ressent de violents mouvements de colère contre l'homme et des sentiments de compassion pour sa patiente.

Si nous nous penchons sur ces premiers échanges, nous pouvons faire plusieurs constatations.

La patiente dit d'emblée : « Je suis incapable de réaliser n'importe quoi de bon. » Elle ne dit pas, par exemple : « Je voudrais réaliser quelque chose, mais je n'y arrive pas. » C'est la thérapeute qui, elle, éprouve immédiatement le désir de corriger l'affirmation de la patiente. Nous aurons donc à savoir ce que reflètent ces deux mouvements, celui de la patiente et celui de la psychothérapeute, quel en est le moteur. C'est cette rencontre qui donnera une idée de l'organisation de la personnalité de la patiente.

Un thérapeute de famille, sur la base de l'hypothèse des « patterns répétitifs », n'aura guère de peine à imaginer ici que cette patiente a déjà vécu un long passé d'échecs affectifs, dont les premiers datent de la petite enfance. Il dirait que cette jeune femme a répété, avec son ami, un choix relationnel qu'elle avait déjà dû faire à de nombreuses reprises. Une telle hypothèse se vérifierait très vite : en effet, cette jeune femme est née dans un milieu très tôt perturbé par l'abandon du père, elle a été placée dans plusieurs institutions où elle a été passablement maltraitée.

Nous n'avons donc pas besoin ici des théories psychanalytiques pour reconstruire cette destinée. Par contre, ceci n'explique guère le *pourquoi* de la répétition, ni celui de la *réaction* de la psychothérapeute. Et c'est là que nous devons recourir au modèle psychanalytique. C'est seulement au moment où nous nous interrogeons sur le pourquoi du comportement que nous devenons psychanalyste. Pour cela, nous devons recourir à la notion de *désir*, seule notion qui soit spécifiquement psychanalytique.

Nous devons donc émettre l'hypothèse que le comportement de la patiente est sous-tendu par un désir. Le désir, c'est donc ce qui attache le sujet à l'objet. Lorsque l'objet ne répond pas au désir du sujet, ce dernier en ressent une frustration qui peut provoquer des mouvements de colère pouvant aller jusqu'à la rage destructrice. Mais de quel objet s'agit-il ? En ce qui concerne la patiente, on voit qu'elle n'a guère manifesté de haine à l'égard du père de son enfant ; au contraire, elle s'est déclarée elle-même incompétente. Par contre, ce que l'on a noté, c'est que c'est la psychothérapeute qui a éprouvé cette haine, et qui a voulu valoriser la patiente. On a donc affaire ici à l'opposition de deux comportements : celui, négatif, de la patiente à l'égard d'elle-même et, celui, positif, de la thérapeute à l'égard de

cette patiente. On pourrait dire que le comportement négatif de la patiente appelle le comportement positif de la psychothérapeute. Or, ce dont il est question, en ce qui concerne la patiente, c'est d'une *image* qu'elle a d'elle-même, c'est d'un « objet interne » et non de la réalité. Par contre, la thérapeute réagit, apparemment, en fonction de la réalité (la patiente ne saurait être si mauvaise) ; ce faisant, elle met en cause, elle attaque l'image interne de la patiente et entre paradoxalement en conflit avec cette dernière. Il s'agirait de savoir alors pourquoi cette patiente tient à garder une image négative d'elle. Si l'on en revient très schématiquement à son passé, on pourrait dire qu'elle a accumulé une série d'expériences négatives, mais avec les personnes qui prenaient soin d'elle, puisqu'elle était maltraitée en institution. Ainsi, on pourrait dire (schématisons volontairement) qu'elle a acquis *l'idée* que, si elle acceptait d'être considérée comme mauvaise, on continuerait à s'occuper d'elle.

Ainsi s'est construit en elle un *monde interne* où le bon est celui qui la persécute et le mauvais celui qui lui veut du bien. Tout se passe comme si elle se disait inconsciemment : « Si je suis assez mauvaise, on s'occupera bien de moi. » Ainsi se construit un monde où le bon objet interne, qui seul permettrait à la patiente de se sentir bonne, est l'objet inaccessible. La rage accumulée contre cet objet, qui ne se laisse jamais attraper, est telle qu'elle risque de le détruire dès qu'il se manifesterait. Ceci est la base du masochisme primaire.

Or il faut ajouter ici que ces constatations ont d'importantes conséquences sur le plan thérapeutique. Si la psychothérapeute répond par un comportement trop positif, il est probable qu'elle le fait en raison de son économie interne, qui ne lui permet pas d'accepter un rôle aussi négatif que celui de l'homme ou des personnes qui se sont occupé de la patiente : en somme, *la thérapeute* tient à garder, elle, une bonne image d'elle-même. Mais, répétons-le, ce faisant, elle se condamne en quelque sorte à mort puisqu'elle s'offre à la rage de la patiente. Cette dernière, pour essayer de sauver la relation, n'aura d'autre solution que de renforcer son comportement masochiste. Paradoxalement donc, pour aider cette patiente, il faut l'aider à accéder à ses objets internes et, donc, *accepter l'idée* que cette dernière contient des mauvais objets (qu'elle est mauvaise) pour en comprendre la raison.

Nous avons utilisé cet exemple pour montrer très schématiquement la dialectique existant entre relation à l'objet externe et relation à l'objet interne. Ceci pour montrer, surtout, que la *répétition* se fonde sur un conflit défensif où le patient cherche à tout prix à sauver ses relations d'objet inconscientes. La répétition n'est donc pas directe, elle passe par *l'intermédiaire* de la vie interne du sujet. Ce que l'on appelle organisation de la personnalité, c'est donc cet

ensemble de facteurs internes et externes qui conduisent à la répétition de schémas relationnels.

1.3. Crise et étayage objectal

Comme nous l'avons dit, l'étude des rapports entre milieu socio-affectif et fonctionnement psychique individuel nous a conduit à développer la notion « d'étayage objectal ». Cette notion se situe dans la lignée des réflexions faites sur la relation médecin-malade par des psychanalystes comme l'Anglais John Rickmann, les Hongrois S. Ferenczi, M. Balint ou, plus près de nous, les Français M. Bouvet, A. Green, Bernard Brusset ou D. Widlöcher. L'étayage objectal consiste à dire que *tout sujet aménage ses relations affectives proches et durables en fonction de son économie personnelle, de son caractère, de la structure de sa personnalité ou de sa psychopathologie.*

La notion d'étayage objectal concerne surtout l'*image que le sujet garde de lui-même*, selon les relations qu'il établit. En effet, les liens interpersonnels se fondent sur une bonne part de rêve, parfois au détriment d'une saine perception de la réalité : nous avons donné l'exemple du partenaire faible que l'on choisit parce que l'on a besoin de se croire plus fort. Ici, le rêve d'être fort se substitue à la réalité, et c'est d'ordinaire à ce type de patients que le psychiatre a affaire dans les cas d'urgence. Nos études ont montré qu'ils se décompensent lorsqu'un événement quelconque met en cause l'image qu'ils voudraient garder d'eux-mêmes. Cette remise en cause peut être provoquée par des situations vitales normales ou par des événements fortuits plus ou moins graves : par exemple, évolution des partenaires, adolescence des enfants, changement professionnel, ou maladie, accident, deuil, rencontres inattendues, etc.

Le médecin tend d'ordinaire à considérer les symptômes comme une « réaction » à ces événements. Nous pensons plutôt qu'il est plus fructueux de les considérer comme le reflet individuel d'une *crise* opposant le sujet à son environnement. Une telle crise, qui touche aussi bien l'environnement que le patient, est le reflet de la *difficulté qu'éprouvent ces patients à modifier l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, seule possibilité pourtant d'assumer un réaménagement* de leurs relations affectives, réaménagement dont la nécessité a été révélée par l'événement en question. Nous montrerons plus loin que, par leur maladie, ils cherchent inconsciemment, auprès du médecin, à perpétuer un *statu quo*, à retrouver une confirmation qu'ils n'obtiennent

plus de leur entourage habituel. Si le thérapeute considère les symptômes comme des troubles réactionnels, il s'engage alors dans des traitements parfois interminables qui ne satisfont personne.

L'objectif à atteindre est d'éviter cette évolution et d'aider le patient à sortir de la crise. C'est-à-dire de l'aider à intégrer psychiquement non pas l'événement traumatique, mais le changement, *la situation nouvelle* que suppose l'événement. De fait, il s'agit de situations d'urgence où, pour parvenir à aider le patient, il semble surtout qu'il faille intervenir vite et bien, si possible déjà à la fin du premier entretien. C'est pourquoi nous avons élaboré récemment une technique psychothérapique en quatre séances, fondée sur *une interprétation initiale donnée lors du premier entretien*, dans la mesure du possible. Cette interprétation permet au patient de mieux saisir les difficultés qu'il cherche à éviter et de mieux les affronter.

Nous avons donc défini la crise comme une situation de désordre impliquant à la fois l'environnement et le patient consultant. Les symptômes présentés, quant à eux, sont une tentative de résoudre la crise et de revenir à un état antérieur par l'intermédiaire de l'entourage ou du thérapeute.

À ce stade nous devons définir deux choses : les attentes du patient à l'égard du thérapeute, les objectifs thérapeutiques.

1.3.1. Les attentes du patient (la démarche)

La question de la demande du patient renvoie à la question des crises. Nous avons dit que la motivation conduisant un patient à la consultation du psychothérapeute est liée d'ordinaire à une crise. La nature de cette crise dépend de deux facteurs : l'environnement et l'organisation psychique du sujet. L'organisation psychique, quant à elle, détermine la nature des relations que le sujet entretient avec son environnement.

Ces deux considérations permettent de dire l'importance du premier entretien dans la mesure où la manière dont un patient entrera en contact avec le thérapeute dépendra fortement de l'organisation de sa personnalité. Ainsi, la formulation de sa démarche dépendra de sa psychopathologie. Mais, là encore, lorsque nous parlons de « demande », nous nous plaçons aussi bien du point de vue de l'environnement que de celui du patient : ainsi, la demande de consultation peut se situer sur un continuum unissant deux extrêmes :

– la demande est exclusivement le fait du *patient*,
– la demande est exclusivement le fait de l'*environnement*.

Ces deux extrêmes traduisent des problématiques totalement différentes sur lesquelles nous ne pouvons nous arrêter ; mais, dans les situations d'urgence par exemple, la demande peut prendre toutes les formes allant d'une demande personnelle à une demande faite par la police, en passant par une demande de la famille. Il s'agit de savoir ici, en ce qui concerne la problématique du patient, ce que représente le fait de demander une *intervention d'urgence* au médecin et quelles en sont les conséquences. On s'interroge donc sur la fonction défensive de cette forme de demande. Pour bien le comprendre, il est plus facile de se référer à la réaction du médecin ; pratiquement, dans tous les cas d'urgence, le médecin est poussé à l'agir : il se déplace à domicile, il prescrit un médicament, il hospitalise le patient, etc. Ce qui permet de dire que, dans son essence, la demande d'urgence est une *attaque contre la pensée du médecin* à qui l'on ne demande pas de réfléchir, mais d'agir. Nous étudierons, dans le prochain chapitre, un exemple choisi dans la littérature d'une telle situation d'urgence et comparerons le modèle d'intervention de l'auteur à notre propre modèle (cas de Madame Oggi).

Si l'on se réfère au modèle de l'étayage objectal, on considérera que la manière d'entrer en contact d'urgence avec le médecin est le reflet de certains types d'organisations psychiques et l'on se demandera *quelles sont les personnalités qui poussent à l'agir plutôt qu'à la réflexion*. Ces personnalités sont, comme on le sait, soit celles qui, selon la formule juridique, sont incapables de percevoir la portée de leurs actes, à savoir les psychotiques, soit celles qui utilisent elles-mêmes l'agir comme mécanisme de défense (les *borderline cases*, les névroses de caractère), soit celles qui sont incapables de maîtriser leurs impulsions, à savoir les caractériels ou les pervers.

Il y a donc bel et bien un rapport entre la forme prise par la demande de consultation et la psychopathologie mais, ce que l'on oublie trop souvent, c'est que ce rapport se fonde sur des mécanismes de défenses spécifiques, ce qui n'est pas sans importance d'un point de vue thérapeutique.

> Nous noterons d'emblée ici que le premier pas thérapeutique devrait toujours être de résister à cette poussée à l'agir. La première démarche du médecin devrait être une suspension de l'acte, seule manière de faire place à l'espace psychique du patient. Cette position est évidemment psychanalytique dans son inspiration, mais s'applique à l'ensemble des situations psychopathologiques, ce que chacun admettra en théorie, mais ce que beaucoup ont peine à respecter dans la pratique. Or c'est tout au début que cette suspension de l'acte doit avoir lieu.

1.3.2. Les objectifs thérapeutiques

Nous aborderons la question des objectifs thérapeutiques du premier entretien au chapitre 3 de la 4e partie. Mais voyons tout de même un exemple clinique illustrant nos hypothèses.

> Une femme de 75 ans prend rendez-vous sur le conseil de son médecin somaticien, qu'elle est allée trouver en raison d'une bronchite. Elle commence par se tromper et téléphone au domicile privé du psychiatre et non à son cabinet. Renseignée par le fils du thérapeute, elle s'adresse alors au bon numéro. Lors du premier entretien, elle se présente comme une femme assez sûre d'elle, un peu mondaine. Très élégante, au maintien sûr, elle commence l'entretien en commentant l'aménagement du bureau : « Vous avez de très jolis coussins, où les avez-vous achetés ? Votre bureau est très bien aménagé… etc. »
> Elle demande ensuite au psychiatre s'il connaît bien le docteur Untel, à propos duquel elle fait des commentaires personnels.
> Le psychiatre s'enquiert finalement des raisons de la consultation et la patiente répond : « Oh, je suis anxieuse, mais je l'ai toujours été, j'ai eu une bronchite, mais je m'inquiète pour un rien ! »

■ *Construction de l'hypothèse*

Les éléments sur lesquels se fonderont l'hypothèse sont les suivants :

– La patiente est envoyée par son médecin-généraliste.
Question : qu'y a-t-il en elle qui incite le praticien à l'adresser à un psychiatre ?
– La patiente téléphone au domicile privé du thérapeute.
Question : s'agit-il d'un hasard ou d'un acte symptomatique ?
– La patiente s'adresse au thérapeute comme si elle se trouvait à une réunion mondaine, elle pose des questions personnelles et ne parle pas d'elle-même.
Question : d'où provient cette attitude un peu trop familière ? N'est-elle pas à mettre en rapport avec l'appel téléphonique au domicile privé ?
– La patiente garde un maintien très élégant et beaucoup d'allure.
Question : s'agit-il simplement d'un maintien naturel ou cette attitude n'a-t-elle pas une fonction défensive à mettre en rapport avec les trois premiers points ?
– La patiente était traitée pour une bronchite.
Question : quel est le rapport avec la consultation chez le psychiatre ?

– La patiente se dit anxieuse.
Question : origine de l'anxiété ; y a-t-il un rapport avec la consultation chez le psychiatre ? Cette anxiété a-t-elle affaire avec les points précédents ?
– La patiente ajoute qu'elle a toujours été anxieuse.
Question : pourquoi ajoute-t-elle cela ? Est-ce à dire que cette anxiété n'est pas la raison de la venue ? ou cette attitude est-elle à mettre en rapport avec les points précédents ?

■ *Logique de la construction*

En principe, il existe un rapport logique entre tous ces éléments. On doit donc construire une hypothèse qui lie logiquement tous ces points et explique les raisons de la venue. Pour les lier, on se fondera sur des lapalissades :

– si le médecin généraliste envoie sa patiente chez le psychiatre, c'est qu'il n'arrive pas à satisfaire les besoins de la patiente : sentiment d'impuissance ;
– si la patiente téléphone au domicile privé du psychiatre, c'est qu'elle éprouve (inconsciemment) le désir « d'entrer dans la famille du psychiatre ». Ce comportement peut avoir trois raisons différentes :
  • une raison *biologique* : détérioration organique ;
  • une raison *environnementale* : solitude actuelle de la patiente ;
  • enfin une raison *intrapsychique* : mouvement défensif de la patiente qui préfère rencontrer un familier, plutôt que « regarder en elle-même » (défense contre l'*insight*).
  Comme il n'y a pas de signes d'organicité, tels que manque de distance émotionnelle, méconnaissance du contexte, on en déduit que, vraisemblablement, cette attitude est à lier à une cause environnementale : la solitude.
  On dira donc que cette patiente *agit* son problème plutôt que de l'exprimer : elle montre quelque chose qu'elle n'arrive pas à dire : « je me sens seule » ;
– le maintien élégant et l'allure de la patiente traduisent, eux aussi, quelque chose. Ils sont clairement liés à son éducation ; ils sont donc là « depuis toujours », mais ils donnent un ton un peu trop mondain à l'entretien et, surtout, ils sont en contradiction, par la distance qu'ils établissent, avec le fait que la patiente paraît rechercher un milieu familier. La logique veut donc qu'ils aient une fonction *défensive* : la patiente se défend contre un « besoin de famille », ce qui rejoint la déduction précédente ;
– si la patiente évoque sa bronchite, c'est que cette dernière joue un rôle dans son état actuel ;

– si la patiente minimise l'anxiété provoquée par la bronchite, c'est qu'elle éprouve le besoin de la minimiser, elle se *défend* contre l'importance qu'a prise pour elle la bronchite ;
– la patiente a été envoyée par un médecin qui l'a traitée pour une bronchite, mais l'a envoyée chez un psychiatre. C'est qu'il a estimé que l'anxiété liée à la bronchite dépassait ses possibilités de généraliste. La patiente a dû se montrer particulièrement anxieuse et « demandante » pour inciter le somaticien à l'envoyer au psychiatre. Il est donc probable que cette anxiété dépasse le problème de la bronchite et concerne aussi la solitude et probablement la signification que prend, pour elle, le fait d'être malade en vivant seule !

En articulant tous ces points, on arrive à l'*hypothèse* suivante : étant donné son âge, cette femme est plus sensible aux affections physiques (angoisse de mort). Elle aurait besoin d'une présence familière et sécurisante, mais elle doit s'en défendre. Il est probable qu'un événement récent a réveillé, chez la patiente, son sentiment de solitude, mais qu'en raison de son organisation de personnalité, elle ne peut se permettre de se plaindre vraiment. Cette hypothèse a été émise sur la base des seuls éléments évoqués. L'investigation la confirmera totalement : cette patiente a demandé à consulter d'urgence, peu après avoir appris que sa nièce renonçait à venir s'installer chez elle. À défaut de sa nièce, la patiente recherchait l'appui du psychothérapeute.

D'un point de vue *thérapeutique*, il s'agira de tenir compte de ce problème et des résistances de la patiente pour l'aider à le surmonter... sans reprendre le rôle de la nièce. Les possibilités sont diverses : si la patiente paraît disposer de bonnes ressources personnelles, il sera possible de discuter le problème. Sinon, on pourra l'aider à prendre des mesures pour rompre avec sa solitude.

Ce chapitre illustrait les principes que nous respectons dans l'abord du premier entretien. Notre optique est fondée sur l'idée que le patient consulte toujours en raison d'une crise qui prend des formes multiples selon l'organisation psychique du sujet.

Nous avons montré que le patient recherche souvent inconsciemment auprès de son médecin un appui que l'entourage ne lui fournit plus, ce qui peut bloquer tout changement si l'on ne s'en aperçoit pas. Ce piège peut être évité par une meilleure connaissance des liens dynamiques unissant, chez une personnalité, les facteurs biologiques, psychologiques et relationnels (contextuels). Ceci permet de trouver la solution de problèmes jusque là difficiles à résoudre, parce que

difficiles à comprendre. Mais, pour y parvenir, il faut dépasser les controverses qui ont souvent opposé les tenants de théories biologiques, psychanalytiques ou sociales et envisager les choses de manière globale. Concevoir le psychisme comme une sorte d'appareil permettant d'intégrer à la fois les informations biologiques et celles de l'environnement doit permettre la mise au point de techniques d'interventions efficaces. De plus, comme ces techniques se fondent sur l'analyse des relations interpersonnelles, leur efficacité devrait être vérifiable, ce qui offre des perspectives intéressantes pour la recherche en psychothérapie et la collaboration interdisciplinaire.

2. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

Il n'est évidemment pas possible dans un chapitre comme celui-ci d'aborder l'ensemble des problèmes posé par l'organisation de la personnalité. Un ouvrage entier n'y suffirait pas. Le seul but est de décrire certains principes directeurs et d'en montrer l'application sur de brefs exemples. Le chapitre suivant illustrera aussi notre point de vue.

La question des troubles de la personnalité préoccupe depuis très longtemps les psychiatres et il est évident que nous ne sommes pas encore arrivés à un consensus. Rappelons ici, pour mémoire, la position adoptée par les auteurs de la classification américaine (DSM IIIR - DSM IV) :

> « Les *traits* de la personnalité désignent les modalités habituelles selon lesquelles on perçoit, on réagit à, et on conçoit son environnement et sa propre personne. Ils s'expriment dans une vaste gamme de situations importantes, sociales et personnelles. Les *traits* de personnalité ne constituent des *troubles de la personnalité* que lorsqu'ils sont rigides, inadaptés, et responsables soit d'une altération significative du fonctionnement, soit d'une souffrance subjective. Les manifestations des troubles de la personnalité, souvent identifiables dès l'adolescence, voire plus tôt, persistent durant la majeure partie de la vie adulte ; elles s'estompent cependant souvent dans la seconde partie de la vie ou chez le sujet âgé.
> « Les critères diagnostiques des Troubles de la personnalité concernent des comportements ou des traits qui sont caractéristiques du

fonctionnement récent (année écoulée) et au long cours de la personne depuis le début de l'âge adulte. L'ensemble des comportements ou des traits est responsable soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective. » (DSM IIIR, 1989, p. 377.)

Dans cette classification, on distingue trois groupes d'organisation de personnalité :

- le groupe A comprend la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde, la personnalité schizotypique ;
- le groupe B comprend la personnalité antisociale, la personnalité limite (*borderline*), la personnalité histrionique et la personnalité narcissique ;
- le groupe C comprend la personnalité dite évitante, la personnalité dépendante, la personnalité obsessionnelle-compulsive et la personnalité passive-agressive.

On ajoute à ces différents troubles une catégorie, intitulée *trouble de la personnalité non spécifique*, qui pourrait comprendre des personnalités impulsives, immatures, à conduite d'échec, sadiques, etc. Parfois, on y inclut aussi ce que le psychanalyste appelle « névrose de caractère ». *Grosso modo*, ces trois groupes correspondraient à des types de personnalité se trouvant :

- groupe A : sur le versant psychotique (personnalités bizarres) ;
- groupe B : sur le versant états limites (personnalités excentriques) ;
- groupe C : sur le versant névrotique (personnalités angoissées).

Il est évident qu'une telle classification ne correspond pas du tout aux critères du psychanalyste et qu'elle a été fortement mise en cause par des auteurs comme O. Kernberg ou J. Bergeret.

En psychanalyse, on s'intéresse à la notion de *structure* de la personnalité. Une telle structure est qualifiée, d'ordinaire, par trois critères : un mode de *relation d'objet*, un type *d'angoisse spécifique* et des *mécanismes de défense* particuliers. Actuellement, on tend à distinguer trois structures de base : la structure psychotique, la structure névrotique et, entre les deux, les états-limites qui, pour les uns représentent une structure et pour les autres représentent une absence de structure. À l'intérieur de ces structures, on peut différencier diverses organisations plus spécifiques. Par exemple, le groupe des états-limites comprendra les névroses dites d'abandon, les névroses d'échec, les personnalités narcissiques et les personnalités masochistes ou certains types de personnalités masochistes. Dans les structures psychotiques, par contre, on comprendrait la schizo-paranoïa, la paranoïa, l'hébéphrénie, la psychose infantile et la schizophrénie simple, par exemple. Les différents types de névroses

(phobique, hystérique et obsessionnel) sont bien connus. La névrose de caractère se situerait entre la névrose et l'état-limite supérieur.

De fait, à notre avis, c'est essentiellement le *statut de l'objet* qui fonde ces classifications :

– l'objet n'est pas reconnu : structures psychotiques,
– l'objet est clivé : états-limites (« structures » limites selon certains),
– l'objet est reconnu et ambivalent : structures névrotiques.

Pour notre part, dans un but de clarification, nous avons défini l'organisation de personnalité comme l'ensemble des facteurs qui constituent l'individu (le corps, le psychisme et la relation à l'entourage) ; nous avons aussi relevé que la notion de structure de personnalité est fondée sur une théorie, mais n'est pas « visible », alors que le caractère, qui se manifeste dans les relations du sujet à son entourage, peut être observable. Nous avons prétendu que l'on peut déduire une structure à partir des formations caractérielles d'un individu. Ceci rejoint la question de la relation d'objet évoquée plus haut. Cependant, comme nous l'avons aussi relevé dans les chapitres précédents, la notion psychanalytique de relation d'objet recouvre essentiellement la relation aux objets internes (représentations) et non la relation aux objets externes. Pour notre part, nous avons développé une théorie de l'étayage objectal qui cherche à montrer comment le sujet prend appui sur son entourage pour entretenir son équilibre psychique, c'est-à-dire, et en quelque sorte, pour « garder sa personnalité ». Nous prétendons que l'étayage objectal est l'un des indices les plus sûrs de l'organisation permanente de la personnalité et de la structure de la personnalité. Les modalités relationnelles imposées à l'entourage par le sujet traduisent sa manière de concevoir le monde, plus particulièrement le monde des vivants. Nous donnerons quelques exemples de cette conception pour en montrer les conséquences. Il s'agit là d'un prolongement des chapitres précédents, plus particulièrement de ceux consacrés au développement de la personnalité, à l'étayage objectal et à la crise.

2.1. L'objet du désir

Toute relation à l'autre se fonde sur une image (ou idée) que le sujet a de lui-même et qu'il désire entretenir (narcissisme). Cette image est, en réalité, toujours « relationnelle » en ceci qu'elle se fonde sur une *structure fantasmatique* :

Si je veux me voir fort – c'est par rapport aux autres, à l'adversité, aux événements malheureux, aux hommes, aux femmes, etc. Ainsi, lorsque je chercherai un ami, une épouse ou toute autre compagnie, mon choix se portera sur les personnes les plus aptes à entretenir cette image de moi-même. Si je désire me voir fort, je chercherai une personne susceptible de me conforter dans cette idée. Ce choix dépendra de ce que j'entends par « être fort » : je peux être fort face aux difficultés d'une tâche, face à l'abandon ou au deuil, face au faible, face à l'échec, etc.
Ainsi, les caractéristiques de la personne que je choisis devront correspondre à mon idée de ce qu'est la force. Elle devra être, elle-même, intelligente, infidèle, faible physiquement, fragile psychiquement, combative, dénigrante, etc. En tout cela, j'attends qu'elle adopte un certain type de comportement à mon égard. Toutes ces caractéristiques sont susceptibles de me conforter dans la conception que j'ai de moi-même.

En réalité, on constate que presque tous les auteurs éprouvent une grande difficulté à distinguer les objets internes des objets externes dans leurs élaborations. De manière générale, on parle évidemment d'objet « interne », c'est-à-dire d'objet subjectif, de l'« autre tel qu'on se le représente ». Or, s'il est vrai que l'on tend à voir son vis-à-vis au travers des lunettes déformantes de sa propre subjectivité, ceci ne nous dit absolument rien de la *relation* à l'autre : ce dernier peut se reconnaître ou ne pas se reconnaître dans le regard du partenaire ; il peut accepter ou refuser l'image que l'on se fait de lui, *réagir* positivement ou négativement.

Si l'on « accuse » quelqu'un d'être méchant, il aura tendance à s'en défendre. Par contre, si l'on affirme qu'il est bon, peut-être l'acceptera-t-il plus volontiers. Or les deux propositions peuvent ne pas correspondre à la « réalité » de l'autre, ni même à l'image que le sujet se fait réellement de l'autre (on peut accuser sans croire vraiment ce que l'on dit, et ce type de provocation a un sens). Par ailleurs, l'autre peut accepter ou refuser sans vraiment croire ce qu'il dit (on peut affirmer être bon sans y croire et vice-versa).

On rétorquera que nous parlons de relation interpersonnelle et non de relation d'objet intrasubjective. Ceci est vrai, mais partiellement seulement. Nul ne niera que l'on tende à aménager ses relations à autrui en fonction de besoins et de désirs personnels et que l'autre, à son tour, cherche à aménager ses relations en fonction de ses propres besoins et désirs. C'est ce rapport entre désirs et besoins des partenaires et la nature de la relation à laquelle ils aboutissent qui nous intéresse.

2.2. De l'organisation des désirs et de l'étayage des pulsions

Freud a postulé que l'ensemble des relations affectives humaines se fondait sur la sexualité, qui, elle-même, « s'appuyait » (étayage) sur les besoins physiologiques fondamentaux (oralité, analité, génitalité). À ces besoins on pourrait ajouter la protection du froid et de la douleur physique. On pourrait résumer schématiquement ce point de vue en disant que les voies du désir sont tracées par les besoins physiologiques fondamentaux de l'homme ; c'est la théorie de l'étayage. La sexualité adulte, selon la théorie psychanalytique, est l'aboutissement d'une longue évolution dont le programme est génétiquement fixé. Cette évolution marque aussi le développement de l'appareil psychique qui motivera le comportement affectif de l'homme. Les aléas de ce développement pourront conduire à des relations normales ou pathologiques.

S'il n'est donc pas erroné de dire que, selon cette théorie, le comportement relationnel de l'homme dépend de l'organisation de ses désirs, qui, elle-même, se fonde sur la maturation biologique, il reste que la participation active de l'entourage manque toutefois dans cette description. Il est d'ailleurs frappant de constater que, lorsque l'on décrivait le développement précoce du nourrisson, on avait tendance à faire comme si l'activité était totalement du côté du nourrisson, ou totalement du côté de l'entourage. Les études sur les interactions précoces ont montré l'inexactitude de ces idées (Stern, 1989).

La description du comportement relationnel est extrêmement difficile en ceci qu'une relation implique au minimum deux personnes. Et s'il est assez aisé de décrire la manière dont un sujet conçoit (se représente) ses relations aux autres (fantasmes conscients et inconscients), il n'est pas facile de dire quelle est la part de ces fantasmes dans les relations interpersonnelles réelles et observables. C'est pourtant là *le point crucial de toute relation thérapeutique*. De fait, le problème naît d'une attitude fondamentale de l'homme, qui raisonne constamment en termes binaires : présence-absence, positif-négatif, etc., et, par conséquent, en termes statiques : une personne est visible (perception) ou invisible (non perception).

Au chapitre 3 de la 1ère partie, nous avons montré que le fonctionnement psychique est tout autre : dès la naissance, il est construit sur une base ternaire. *Le sujet est Un ou Trois* ! Lorsqu'il est en relation, il l'est toujours avec deux objets. Il n'y a pas de relation duelle pour l'homme. Par exemple, si l'on en revient au petit enfant, ce qui signe l'absence de la mère, c'est la présence d'un autre (angoisse de l'étran-

ger). Si la mère était unique, le nourrisson n'aurait d'autre possibilité que de se confondre psychiquement avec elle : l'un des deux n'existerait pas, car être seul équivaut à être tout-puissant, à n'avoir besoin de personne. En réalité, l'enfant ne peut considérer sa mère comme une personne autonome que lorsqu'il peut la placer à côté du père. C'est la reconnaissance de la différence entre le père et la mère qui lui permet de reconnaître l'autre. Le fait que le père ne soit pas la reproduction exacte de la mère contraint l'enfant à percevoir ce qui le sépare de sa mère.

Ainsi, *il n'y a pas de vide dans le psychisme*. C'est une erreur logique que de penser qu'il existe un « négatif » au sein du psychisme. Le négatif ne peut être que somatique. C'est bien ce que semble signifier la théorie freudienne de pulsion de vie et pulsion de mort. Il n'y a pas de perception négative ou de négatif de la perception : le négatif de la perception, c'est l'absence de perception. D'un point de vue relationnel, ce peut être l'absence de perception de la mère. L'enfant ne perçoit pas l'absence de la mère, il peut en ressentir les effets : le négatif du psychisme, c'est le corps (décharge somatique) : ce n'est pas un vide hypothétique au sein du psychisme mais l'impossibilité de lier les désirs à des représentations. La décharge se fait dans le corps : maladies psychosomatiques.

Dans la logique psychique tout se passe comme si l'adulte ou l'enfant raisonnaient ainsi : je vois que mon père est différent de ma mère, donc je suis différent de ma mère et de mon père. Il n'y a pas d'absent pour le psychisme ; l'absent, c'est éventuellement un personnage qui fait mal (la faim est provoquée par la mère qui est trop méchante pour alimenter le bébé).

2.2. Classification des troubles de la personnalité

Ceci dit, nous pouvons aborder la question de la psychopathologie de la personnalité. Nous l'examinons sous l'angle d'un trouble du développement de la personnalité dans ses rapports avec l'entourage. Nous considérons l'évolution de la constellation œdipienne vers une organisation œdipienne, fondée sur le complexe d'Œdipe.

Ce que nous dénommons *constellation œdipienne*, ce sont les rapports entre les parents réels et l'enfant. Le complexe d'Œdipe est l'aménagement intrapsychique de la constellation œdipienne. Nous appelons « *mentalisation* » le passage progressif de la constellation

œdipienne à l'organisation œdipienne intrapsychique. Les troubles du développement seront donc considérés sous l'angle des aléas de la mentalisation, par le sujet, de ses rapports à son entourage.

En ce qui concerne le processus de mentalisation des rapports du sujet avec ses objets parentaux, nous avons émis l'hypothèse, dès 1973, que les fantasmes originaires jouent un rôle fondamental.

En effet, selon la thèse psychanalytique, la construction du symbolique est liée à la sexualité et passe par la fantasmatisation. Freud a décrit des structures fantasmatiques typiques qui organisent la vie fantasmatique, quelles que soient les expériences personnelles des sujets[1]. Ce sont les *fantasmes originaires*. Un des plus connus est celui de la « séduction », qui est à l'origine des théories freudiennes sur l'hystérie : l'enfant imagine avoir été séduit par l'un des parents. L'autre, celui de la « castration », explique la différence des sexes par l'idée que l'on a coupé le pénis que la femme avait autrefois. Il en existe d'autres sur lesquels nous ne nous étendrons pas. Selon Laplanche et Pontalis (1964), les fantasmes originaires seraient une fiction, une construction freudienne prétendant donner une représentation « du temps même du surgissement du désir [...] moment mythique de la disjonction [...] entre les deux temps de l'expérience réelle et de sa reviviscence hallucinatoire, entre l'objet qui comble et le signe qui inscrit à la fois l'objet et son absence ». Cette définition fait donc intervenir la dimension de l'expérience réelle et celle du signe.

Les fantasmes originaires seraient en quelque sorte à l'aube du fantasme, c'est-à-dire qu'ils traduiraient le moment où le désir, non satisfait dans la réalité, le serait de manière hallucinatoire. Expliquons-nous : le fantasme originaire de la « séduction » traduirait le moment où l'enfant percevrait ses premiers émois sexuels, celui de la « castration » serait lié à la découverte de la différence des sexes. Ainsi ces fantasmes paraissent bien vouloir traduire différents temps de l'évolution de l'enfant : ils « expliquent » sous forme imaginée l'origine de faits tels que la séparation de l'enfant de sa mère, la différence des sexes, l'apparition des désirs sexuels, etc.

Les fantasmes originaires seraient donc à la frontière du symbolique. C'est là que la réalité et les représentations de la réalité se rejoindraient. Nous en sommes donc arrivé à l'hypothèse qu'ils étaient une sorte de *carrefour où se rejoignaient le comportement des parents et celui de l'enfant* : l'enfant, en raison des tensions pul-

1. « Ces formations fantasmatiques, celle de l'observation du commerce sexuel des parents, celle de la séduction, de la castration, et d'autres, je les appelle *fantasmes originaires*. » (Freud, 1915/1978, p. 215.)

sionnelles, cherche à savoir quelque chose de ses origines : sa naissance, ses désirs, le lien unissant les parents. Selon leur problématique personnelle, les parents permettent ou interdisent à l'enfant de savoir d'où ils viennent. Nous en avons vu un exemple à propos de la psychose.

La différence des sexes est expliquée par la castration, la différence des générations par la séduction (vécue comme rapport imposé par l'autre, rapport de force), le lien entre personnes par la scène primitive, l'identité sexuelle par le roman familial.

Notons ici que certaines acquisitions sont probablement nettement plus tardives que Freud ne l'avait supposé. Ainsi, le sens moral, accompagné de sentiment de culpabilité, semble n'être vraiment intégré qu'au début de l'adolescence, période qui coïncide avec l'apparition du roman familial. C'est à cet âge que l'enfant commence à imaginer qu'il est un enfant adoptif ; ceci traduit le fait qu'il acquiert son autonomie et son identité sexuelle : il n'est plus l'enfant de ses parents, il devient adulte, ses parents ont moins de valeur, il en invente donc d'autres, plus valables pour son narcissisme.

Pour ce faire, nous nous référons au modèle du développement esquissé au chapitre 3 de la 1re partie. Comme nous l'avons vu, tout se joue dans l'espace transitionnel entre l'enfant et ses parents. Tout va dépendre de la manière dont les parents vont agir sur les potentialités créatrices de l'enfant (on pourrait dire aussi : sur le préobjet créé par l'enfant). Par conséquent, une classification des organisations de personnalité devrait être dynamique : désirer un objet, c'est désirer obtenir quelque chose de lui, obtenir qu'il fasse quelque chose : qu'il donne du lait, réchauffe, accepte des relations sexuelles, etc.

La classification que nous proposerions se fera sur la base de l'étayage objectal, c'est-à-dire sur la fonction que les objets externes sont amenés à remplir pour le sujet. C'est la rencontre entre les préobjets transitionnels, produits de la fantasmatisation primaire, et les objets qui va permettre à l'enfant de catégoriser ses objets. L'objet peut constamment se confondre avec le préobjet, il peut éviter tout contact avec les préobjets et ceci à toutes les étapes du développement pulsionnel. Ainsi, dans les premiers temps, le père peut être le garant de la relation mère-nourrisson, il peut jouer aussi le rôle de substitut, il peut, au contraire, faire intrusion et, de diverses manières, empêcher l'accès à la mère.

Ajoutons enfin que l'action de l'objet a toujours un effet de *pare-excitation* (il répond à l'attente du sujet et diminue ainsi la tension) ou *d'excitation* (il ne répond pas à l'attente et l'excitation augmente). Si l'adulte a besoin d'être rassuré et qu'on le rassure, il se calme momentanément ; sinon, il s'angoisse encore plus.

Une première esquisse de classification pourrait être la suivante :

2.3.1. Troubles liés à une défaillance d'élaboration des fantasmes originaires (forclusion de l'objet)

1. L'accès à l'ensemble des fantasmes originaires est interdit. Le sujet n'a d'autre ressource que de « créer » ses propres origines : *organisations psychotiques.*

2. L'accès à la fonction paternelle est interdite. Le sujet n'a pas accès au fantasme de séduction, la scène primitive n'est pas perçue : la différenciation sujet-objet n'est que partielle. Le désir détruit la mère. L'organisation de la personnalité est liée au fantasme originaire du chaos : *organisations prépsychotiques.*

3. Le rôle maternel est perçu. Le père n'est qu'un substitut maternel. Le conflit se situe entre bonne et mauvaise mère. Organisation psychique fondée sur le fantasme originaire de la séduction. La scène primitive n'est pas perçue : c'est lui (elle) qui me veut. *Organisation borderline.*

2.3.2. Troubles liés à une perturbation de la fantasmatisation primaire

1. Le rôle maternel n'est reconnu qu'en fonction des besoins du sujet. L'objet externe est traité comme un objet partiel et le rôle paternel est dénié : *organisations perverses.*

2. Le rôle paternel est perçu mais la fonction maternelle, dans son rôle de pare-excitation, est déniée : *personnalités addictives.* On pourrait lier ces personnalités au fantasme d'Icare.

3. La fonction maternelle est corrompue par le père. Le père est responsable du manque de mère : *personnalités antisociales.* On pourrait considérer ces organisations comme un avatar du fantasme originaire de la scène primitive sado-masochiste.

2.3.3. Troubles liés aux avatars de la fantasmatisation secondaire

L'ensemble des fantasmes originaires est intégré, mais le sujet reste fixé sur certaines positions :

– *organisation hystérique*,
– *organisation phobique*,
– *organisation obsessionnelle*.

2.4. Importance du contre-transfert pour le diagnostic

Nous avons déjà signalé, aux chapitres précédents, que la règle d'abstinence, que s'impose le psychothérapeute, donne l'initiative au patient. Ce dernier est contraint à se révéler. Il le fait en imposant un rôle à son interlocuteur. Ce faisant, il montre comment ses souffrances pourraient être apaisées. Ainsi, un patient qui consulte parce qu'il souffre d'une rupture sentimentale cherche à retrouver chez son thérapeute les mêmes bénéfices que ceux qu'il recevait de son partenaire. Ces bénéfices pourront se reconnaître dans la réaction émotionnelle et comportementale du psychothérapeute : celui-ci éprouvera l'envie de rassurer son patient, ou, au contraire, de le secouer, etc. Chacune de ces réactions seront la *reproduction des relations affectives fondamentales que son patient avait établies avant la rupture*. Nous dirons que la forme de ces relations correspond à la nature de l'étayage objectal recherché par le patient, qui, lui-même, traduit les caractéristiques fondamentales de l'organisation de la personnalité. Ceci signifie que nous ne raisonnons pas en termes d'objet (notion statique) mais en termes de *fonction* de l'objet pour le sujet et de *fonction* du sujet pour l'objet (notion dynamique).

Pour tenter de mieux faire comprendre notre pensée, disons que, si un patient établit une relation transférentielle de type maternel, nous nous demandons toujours et simultanément ce que représente ce mouvement transférentiel par rapport au lien à l'image paternelle : le transfert maternel peut traduire le refus de la présence du père, le refus du rôle paternel, le désir de rapprocher la mère du père par l'intermédiaire de l'enfant (scène primitive). De plus, nous nous demandons ce qu'il nous réclame : soins, plaisir sexuel, etc.

2.5. Psychopathologie de la personnalité

Nous examinerons aux chapitres 3 et 4 de la 4^{e} partie, une technique d'intervention psychothérapique en quatre séances se fondant sur l'utilisation de la dynamique qui porte un patient à la consultation

du psychothérapeute. Confronté à de graves difficultés relationnelles, le patient cherche inconsciemment un substitut chez le psychothérapeute. Or, de toute évidence, un psychothérapeute ne saurait remplacer un père ou quelque autre personne de l'entourage. Il est là pour soigner et *non pour compenser* les difficultés de l'autre. L'unique moyen d'aider vraiment un patient est donc de lui donner la possibilité de renoncer à une telle compensation et de rechercher une autre solution. Ce moyen, ce sera l'*interprétation initiale*.

Cette interprétation aura pour fonction de donner sens à la demande inconsciente du patient, c'est-à-dire, de reconnaître verbalement le désir, mais de ne pas y répondre par l'acte : si un patient se plaint, on ne le réconforte pas, mais on reconnaît son besoin de réconfort ; s'il accuse, on ne se défend pas, mais on reconnaît ses raisons d'accuser, etc.

Le premier entretien se caractérise donc par la confrontation de *deux désirs*, celui du patient, qui désire se sentir mieux, et celui du thérapeute, qui désire traiter son patient selon le modèle théorico-thérapeutique qui est le sien. Ceci est une dynamique qui va permettre à la personnalité du patient de se révéler. En effet, ce dernier n'a certainement pas la même conception de la guérison que son thérapeute. Pour lui, l'amélioration passe par le retour à l'état antérieur : ce qui avait, jusqu'ici, fourni le bien-être, devrait être retrouvé. C'est là le principe de la répétition. Le psychanalyste, quant à lui, considère que la guérison passe par un changement profond, ne se produisant que grâce à des prises de conscience. Son instrument, c'est l'interprétation. Ainsi la fonction attribuée au psychanalyste par le patient n'est pas la même que celle que s'attribue le psychanalyste. Dans ces conditions, le patient va chercher à faire sortir le psychanalyste de sa position psychanalytique et c'est cela qui révélera sa personnalité : en effet, le comportement du patient permettra de déceler la nature de la fonction qu'il attribue au psychothérapeute. C'est sur cette base que l'on jugera les caractéristiques de base de sa personnalité. Pour en juger, le psychanalyste se référera à ses connaissances cliniques et théoriques, qu'il mettra en rapport avec le contre-transfert mobilisé par le patient. Les exemples suivants illustreront ce point de vue.

2.5.1. À l'aube de la mentalisation : une patiente psychosomatique

Divers auteurs ont relevé une caractéristique du fonctionnement psychique assez généralisée chez les patients souffrant de troubles psychosomatiques tels que l'eczéma, l'asthme bronchique, l'ulcère gastro-duodénal, etc. Parmi ces auteurs, Peter Sifneos a créé le

concept d'alexithymie, qui décrit un type de déficit psychologique se traduisant par une incapacité d'identifier les sentiments et d'utiliser un langage adéquat pour les décrire, une incapacité de distinguer entre des émotions et leur expression corporelle et une pauvreté de la vie fantasmatique. Ces personnalités tendent à décrire les détails les plus infimes des événements avoisinants un épisode d'activité émotionnelle, sans être capables de parler de l'émotion elle-même. Sifneos fait remarquer que ce déficit a aussi été observé chez des patients souffrant d'alcoolisme chronique, de toxicomanie, ou chez les personnalités anti-sociales. Il semble cependant plus spécifique des personnalités présentant des troubles psychosomatiques.

Voyons l'exemple d'une jeune femme qui souffre d'un eczéma généralisé assez grave et résistant à la plupart des traitements. Elle consulte sur le conseil de son médecin de famille. En réponse à la question de son psychothérapeute (« Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduite à ma consultation ? »), elle s'exprime ainsi : « Je ne sais comment vous expliquer... c'est un peu difficile... il y a beaucoup de choses... ceci dure depuis très longtemps... je suis arrivée au point où je ne trouve aucune raison de continuer... vous avez compris ? »
Étayage objectal : contre-transférentiellement, le psychothérapeute ressent l'envie de stimuler les émotions de cette patiente qui paraît ne pas l'investir.
Cette patiente est manifestement mal à l'aise, elle a un sourire mélangé de timidité et de tristesse, mais son regard est franc et direct. Cependant son discours est manifestement vide et il serait bien difficile de répondre à sa question. La seule chose que le psychothérapeute puisse faire, c'est de chercher à mettre en mots les émotions que la patiente n'arrive pas à exprimer. Il peut aussi chercher à comprendre les raisons de cette tristesse qu'il lit dans le corps de la patiente, mais non dans les mots. Ces raisons, il pourra les trouver éventuellement dans l'entourage, mais non pas dans ce qu'elle exprime directement. En l'occurrence, cette jeune femme était accompagnée d'un homme dans la salle d'attente et le psychothérapeute peut émettre immédiatement l'hypothèse d'un rapport entre un éventuel conflit sentimental et le malaise de la patiente.

Tout ceci illustre le fait que c'est le thérapeute qui est amené à mettre en mots les émotions et les problèmes que la patiente est incapable de mentionner. Ceci est caractéristique des patients très alexithymiques et apparaît dès les premiers contacts.

2.5.2. À l'aube de la pensée : un patient prépsychotique

La caractéristique de base du prépsychotique est une certaine difficulté à mettre lui-même de l'ordre dans ses pensées. Son discours est

d'ordinaire assez cohérent, mais les associations sont souvent très lâches et c'est au psychothérapeute de combler les vides. C'est lui qui établit les liens logiques entre les pensées du patient. Très souvent le psychothérapeute ne s'en aperçoit pas d'emblée, et c'est surtout la fatigue ressentie au bout d'un certain temps qui éveille son attention sur ce problème contre-transférentiel.

Un jeune homme, marié, s'annonce comme « sans profession ». Il est père d'un enfant et l'anamnèse révélera qu'il est entretenu par ses parents. Il est très correctement vêtu, extrêmement poli, agréable de contact, peut-être un peu rigide. Écoutons le dialogue suivant :
Thérapeute : Alors, je vous écoute.
Patient : Oui, justement, j'ai sollicité de vous voir, parce que je suis en train de commencer une psychanalyse et puis, par besoin et aussi enfin avec la question de savoir s'il est possible que ça soit une psychanalyse didactique, si c'est possible, quelles sont les conditions, les problèmes que ça posera et puis bon, le côté pratique, de savoir sur quoi ça peut déboucher. Ceci, malgré un âge avancé, je n'ai pas encore de situation précise dans l'existence et justement, de vieux intérêts que j'ai pour une psychanalyse sont peut-être dus à l'histoire familiale et aussi, enfin, un intérêt personnel. Je vois la nécessité que je ressens et pensez-vous que ce pourrait être utile du point de vue professionnel ou autre de commencer, quoi, de faire une psychanalyse didactique, comme formation ?
Thérapeute : Qu'est-ce que vous entendez par une psychanalyse didactique ?
Patient : Eh bien...
Thérapeute : C'est de faire de la psychanalyse une profession ?
Patient : Oui, par exemple, si pour autant que ce soit pas utopique de penser à l'âge que j'ai de faire ça mais, oui, ça serait ça. J'ai plus ou moins discuté avec un ami qui a fait une école de psychanalyse à Paris, qui est plus jeune que moi et avec un autre ami qui lui-même m'a conseillé de prendre contact avec vous et qui travaille (dans une unité psychiatrique ?). C'est Monsieur Z... Là ce sont les renseignements que j'ai.
Thérapeute : Mais qu'est-ce qui vous a conduit à penser à cette solution ?

La confusion de la pensée de ce patient apparaît au premier plan. Il s'adresse au psychothérapeute en paraissant poursuivre une conversation (« Oui... justement... »), alors qu'elle n'est pas encore engagée. De plus, ses phrases sont peu organisées. D'emblée, il fait une confusion logique caractéristique, qui est une attaque contre l'aspect thérapeutique du cadre : en dépit de bonnes études, depuis des années, cet homme ne réussit pas à trouver un travail fixe. Il en conclut que la meilleure solution serait de devenir psychanalyste... Veut-il être traité ou cherche-t-il un emploi ?

Étayage objectal : contre-transférentiellement, le psychothérapeute éprouve l'envie de mettre de l'ordre dans les idées du patient, ce qu'il met en acte avant de s'en apercevoir.

2.5.3. L'autre comme objet partiel et le déni de la loi du père

On a passablement écrit sur la question des éventuels aspects pervers de l'organisation de la personnalité : perversion narcissique (P.-C. Racamier, 1987) ou perversion affective (C. David, 1972), par exemple. De fait, la caractéristique la plus fondamentale du pervers dans sa rencontre avec le psychothérapeute est de chercher chez lui un complice et non pas un thérapeute. Il est évident que le pervers ne s'implique jamais : il n'exprime jamais de demande personnelle, mais fait toujours en sorte que ce soient d'autres qui l'envoient. Par ailleurs, il ne respecte en rien la fonction du thérapeute qu'il veut utiliser à ses propres fins. L'exemple suivant en est une bonne illustration ; nous relatons les premières minutes de l'entretien.

Il s'agit d'un homme au visage poupin, au sourire timide, directeur d'entreprise.
Thérapeute : Vous avez téléphoné vous-même à ma secrétaire, pouvez-vous me dire dans quelles circonstances ?
Patient : C'est à la suite d'une consultation avec le Dr J. où j'avais participé à deux séances qu'on avait appelées séances d'investigations. Le Dr J. m'a proposé de prendre contact avec un médecin dont il m'avait donné une liste de noms. Vous étiez le premier sur cette liste. Est-ce que vous souhaitez connaître les circonstances ou les raisons pour lesquelles j'avais pris contact avec le Dr J. déjà ?
Thérapeute : Selon vos désirs.
Patient : Actuellement je rencontre pas mal de difficultés d'ordre conjugal. Il y a une douzaine d'années mon épouse a entrepris une analyse et à cette époque je me suis senti lâché et j'ai construit, parallèlement à la vie qu'elle se construisait ou qu'elle s'organisait, ma propre vie. J'ai rencontré quelqu'un avec qui j'ai noué de très bonnes relations et puis, pour résumer la situation, le problème vient du fait qu'actuellement je suis assez désemparé parce que je suis mis en demeure de choisir et j'avais organisé une vie qui me convenait très bien. Alors la difficulté actuelle vient du fait que mon épouse a pris conscience de cette vie parallèle et c'est elle qui a posé les conditions. Étant donné que je me trouvais très bien dans cette vie, je me trouve désemparé lorsque je dois résoudre ce que je n'ai pas encore réussi à cerner comme un problème. Intellectuellement je sais que personne des trois n'y trouve tout à fait son compte, mais pratiquement j'ai l'impression que je vis mieux comme cela que dans le cadre d'un couple

dirais-je ordinaire. [...] En deux mots, je peux dire que j'ai été très entouré de femmes dans ma petite enfance et je m'en suis très bien trouvé. [...] J'ai été élevé par mes deux sœurs qui ont respectivement douze et quatorze ans de plus que moi et qui étaient très heureuses, paraît-il, de jouer à la poupée avec moi. [...] J'ai une image d'enfance qui est très attachée aux femmes, cela me plaît beaucoup et ça me dérange beaucoup d'être placé, actuellement, devant la problématique du choix parce que je n'y suis pas habitué. Depuis le mois de décembre il y a une nouvelle situation dans les conditions posées par mon épouse pour que notre couple continue, il y a une condition qui est l'accord de ma part d'entreprendre quelque chose qui pourrait s'appeler une analyse.

En l'occurrence, ce patient ne demande pas vraiment un traitement, il recherche simplement un « complice » qui lui permette de maintenir le *statu quo*. Ce genre de demande ouverte est caractéristique des organisations perverses de personnalité.

Étayage objectal : contre-transférentiellement, le psychothérapeute a le sentiment d'un gros bébé qui réclame sa sucette.

2.5.4. La reconnaissance de l'autre et le conflit interne : la névrose

Le névrosé a pour double caractéristique de savoir reconnaître l'existence de l'autre et de situer les problèmes à l'intérieur de lui-même. Ses sentiments de culpabilité inconscients font qu'il se conduit souvent comme un coupable, ce qui incite parfois l'interlocuteur à se méfier de lui. Cette erreur risque d'avoir des conséquences pénibles pour le patient et pour le psychothérapeute. À nouveau, les premières minutes d'un entretien illustreront ce propos.

Ce jeune homme, un peu maladroit dans ses gestes, au regard légèrement méfiant, est cybernéticien. Il consulte de lui-même.
Thérapeute : C'est vous-même qui avez demandé à me voir ?
Patient : Heu, c'est-à-dire que... bon... on a eu, avec ma sœur, bon... j'ai eu ce problème, puis... bon... finalement, on s'est dit « on va aller voir, c'est peut-être bien d'aller voir ce qu'on appelle un psy ! » Et puis, là, comme elle a un ami qui connaît la médecine, je ne sais pas par quel intermédiaire, je suis arrivé à votre nom. (Silence.)
Thérapeute : Pouvez-vous préciser ?
Patient : Oui, l'ami de ma sœur a entendu parler de vous... heu... je crois que c'est par son intermédiaire que j'ai eu votre nom. (Long silence.)
Thérapeute : Oui, vous me dites, avec ma sœur on avait ce problème, c'était quoi ce problème ?

Patient : Hum... heu..., au début de l'année, j'ai trouvé un nouveau travail, parce que je rentrais d'un long voyage à l'étranger et puis... bon... je me suis investi à fond dans ce travail. J'ai travaillé dix à douze heures par jour et puis... bon... ça a été cinq mois comme ça... enfin trois mois... et puis, bon, un jour, j'ai été convoqué dans le bureau du patron ; puis il m'a dit : « Vous êtes viré », et puis, là, il y a un peu tout qui a éclaté, quoi ! puis, bon, j'ai vraiment un peu perdu les pédales, puis, bon, j'ai, c'est comme la bulle dans laquelle j'étais ; ben, j'ai regardé : ça a éclaté ! j'ai regardé autour de moi et puis... heu... ça n'a pas arrangé les choses ; puis... bon... je me suis aperçu que, disons que, mis à part ma famille, et encore, j'ai pas vraiment beaucoup de relations, d'amies ; puis, bon, j'ai entendu dire que j'avais plus ou moins des problèmes d'expression ou de contact avec les personnes que je côtoyais, avec des attitudes complètement peu conventionnelles ; puis, c'est, je pense, un peu ça qui m'a coûté ma place... (hésite)... Ben, c'est bien ce qu'on me disait... (rire).
Thérapeute (souriant) : Ben, c'est bien ce qu'on disait ?
Patient (rire) : On me disait que les psy..., ils écoutent et puis ils nous laissent parler et voilà !!!
Thérapeute : Oui ? et qu'est-ce que vous en pensez ?
Patient : Ben, moi, j'en pense que je me suis, jusqu'à maintenant, toujours un peu... je me suis toujours moqué en moi-même des gens qui allaient voir un psy parce que je trouvais ça un petit peu abracadabrant ; puis, bon, je me dis que, peut-être, ça peut rendre service, m'aider à comprendre ce qui m'arrivait !

Ici, en dépit d'hésitations, de silences, ce patient est en réalité très cohérent. Ses hésitations sont le fruit d'une inhibition et non d'une confusion. De plus, bien qu'il ait subi un échec professionnel, il n'accuse pas son entourage mais s'interroge sur lui-même. La qualité de cette remise en question est confirmée par son allusion aux « psy » dont il s'était toujours moqué. Il réalise qu'ils pourraient, au contraire, être utiles... Par ailleurs, on le voit rapidement entrer en relation avec le thérapeute et, une fois encore, se poser des questions sur son attitude. Bien qu'il soit étonné, il respecte le cadre. Ceci est caractéristique des personnalités névrotico-normales.

Étayage objectal : contre-transférentiellement, le psychothérapeute se sent défié par le patient, jusqu'au moment où il « entend » que celui-ci s'accuse lui-même et ne l'agresse pas : il s'attend à être puni.

Quatrième partie

LA DÉMARCHE CLINIQUE

1. LE PREMIER ENTRETIEN ET SES ÉCUEILS

Dans la littérature psychanalytique, il existe relativement peu d'ouvrages consacrés spécifiquement au premier entretien. Dans leur excellent livre, publié en 1954 déjà, Gill, Newman et Redlich décrivent clairement les différentes étapes par lesquelles est passée la psychiatrie à ce sujet. Nous ne nous engagerons pas ici dans une fastidieuse revue de la littérature, dans la mesure où les problèmes rencontrés sont toujours les mêmes : ou bien, dans une perspective diagnostique classique, on en vient à proposer une méthode d'investigation directive, ou bien, dans une perspective psychodynamique, on s'intéresse à la relation thérapeutique et la question diagnostique est mise à l'arrière-plan. Ainsi Freud, le premier qui consacre un article au début du traitement (1913), évoque quelques principes généraux et quelques difficultés, mais n'établit pas de distinction claire entre l'investigation et la cure psychanalytique elle-même. Cette difficulté apparaît chez la presque totalité des auteurs : tous s'accordent pour dire que l'on trouve résumés, dans le premier entretien, tous les éléments qui constitueront l'essentiel de la cure psychanalytique. Pourtant, à notre connaissance, on ne s'interroge guère sur la possibilité d'utiliser ce phénomène pour poser un diagnostic précoce et pour envisager une technique d'intervention initiale susceptible d'éviter de longues années de psychanalyse.

Quant aux traités de psychiatrie d'orientation psychanalytique (voir Gabbard, 1990), ils consacrent des chapitres à la question de l'investigation mais, lorsqu'ils le font, ils semblent s'inspirer surtout du modèle biomédical : on cherche à obtenir le maximum de renseignements sur les antécédents familiaux ou personnels du sujet, sur ses troubles actuels et ses conditions d'existence. Pour ce faire, on renonce d'ordinaire à la technique « non-directive » propre au psychanalyste (qui consiste à laisser au patient l'initiative de l'entretien) et l'on en vient à poser des questions directes et précises. En ce cas, on propose que l'entretien se déroule en deux phases : dans la première, on adopte une attitude « non directive » (début de l'entretien), dans la seconde, on devient plus directif. Cette directivité est, de fait, le propre de l'entretien biomédical où le médecin pose des questions précises en fonction d'une grille diagnostique préalablement établie.

On peut estimer que la tendance à se référer au modèle biomédical reflète une certaine peine à sortir des sentiers battus, mais on peut aussi présumer que cela traduit simplement la difficulté du psychanalyste à poser un diagnostic dans des termes purement psychanalytiques.

La démarche du psychanalyste consiste à offrir le maximum d'espace à la subjectivité du patient. Ceci le conduit soit à renoncer à poser un diagnostic (qui implique nécessairement une grille de référence à un modèle étiologique) soit à recourir au modèle biomédical. La première option permet de croire que toutes les interprétations sont bonnes, puisqu'elles ne dépendent que de la subjectivité des interlocuteurs. La seconde aboutit à un énorme hiatus entre la démarche diagnostique et la démarche thérapeutique. Notons que les diverses techniques d'anamnèse associative, proposées par des auteurs comme F. Deutsch, sont proches de celle que nous avons décrite au chapitre 2 de la 2e partie ; mais elles aboutissent surtout à juger de l'analysabilité ou de la non-analysibilité du patient. C'est là une manière de court-circuiter la question du diagnostic en ne parlant que de la possibilité du patient d'entrer dans le processus psychanalytique. Freud avait même proposé de faire de brèves psychanalyses d'essai.

En ce qui concerne le diagnostic psychanalytique, il a surtout été examiné sous l'angle de la structure de la personnalité. C'est l'optique de J. Bergeret ou O. Kernberg, que nous avons précédemment cités. Les critères sont alors beaucoup plus précis, mais il n'en demeure pas moins que certains d'entre eux (mécanismes de défense, par exemple) ne peuvent être vraiment jaugés qu'en cours de psychanalyse.

À notre avis un problème demeure, apparemment insoluble, qui tient au fait que le modèle psychanalytique ne peut s'appliquer tel

quel à la situation du premier entretien qui se déroule en « face à face ». Par ailleurs, le fait de ne s'appuyer que sur la subjectivité du patient et du psychothérapeute laisse trop de place à l'aléatoire. Nous avons discuté cette question dans différents travaux (Gilliéron, 1983/1992) et nous y avons fait allusion au chapitre 1er. Pour notre part, nous avons cherché à surmonter cette difficulté en proposant une grille de classification des organisations de personnalité se fondant essentiellement sur les rapports entre les interactions patient-thérapeute que nous observons lors du premier entretien et les capacités de mentalisation du patient. Une telle conception a l'avantage d'offrir des moyens de vérification et permet une classification cohérente des organisations de personnalité. Elle offre aussi la possibilité de lier clairement la technique d'investigation au diagnostic, tout en respectant parfaitement les principes fondamentaux de la psychanalyse.

Le modèle psychanalytique ne tient pas compte de la réalité externe. Le « face à face » réintroduit cette réalité. Le premier entretien consiste en la rencontre de deux personnes. C'est pourquoi nous accordons beaucoup d'importance au système d'interactions qui s'installe entre le patient et le thérapeute à ce moment précis. De fait, nous nous intéressons plus exactement aux *rapports entre interactions et mentalisation*, ce qui offre des points de repère précis pour un diagnostic d'organisation de personnalité. Nous avons proposé au chapitre 3 de la 1re partie un modèle du développement psychique fondé sur le rapport entre interactions et mentalisation. Au chapitre 1 de la 3e partie nous avons esquissé un modèle de l'étayage objectal qui montre comment le sujet prend appui sur l'objet pour entretenir son équilibre psychique. Nous avons aussi évoqué le fait que la structure psychique du sujet se manifeste particulièrement clairement en cas de crise : ce dernier recherche un nouvel appui qui reproduit le prototype de ses relations habituelles.

Dans ce chapitre, nous analyserons divers aspects du cadre conceptuel influençant le comportement de thérapeutes qui tous se réfèrent au modèle psychanalytique. À chaque fois, nous proposerons notre propre interprétation.

La caractéristique commune des exemples cités et discutés est que les auteurs accordent une importance particulière à la relation médecin-malade. Tous considèrent que le premier entretien, au-delà de sa valeur exploratoire, a un effet thérapeutique et surtout qu'il doit faciliter l'engagement dans une psychothérapie psychanalytique en permettant au patient d'en comprendre la nature.

Cependant, les trois exemples nous montreront les écueils auxquels se heurtent les thérapeutes en raison d'une méconnaissance des

rapports logiques liant le monde interpersonnel au monde intrapsychique. Ce sont ces rapports dynamiques que veut décrire notre théorie de l'étayage objectal et du cadre.

Nous examinerons donc quelques aspects du rapport liant la relation thérapeutique et le cadre, en montrant comment notre théorie de l'étayage objectal peut offrir des éléments permettant d'évaluer très précocement la motivation des patients à consulter et la problématique inconsciente sous-jacente, le prétransfert, les résistances et l'organisation de la personnalité. Nous montrerons aussi sur quelles données nous fondons nos hypothèses psychodynamiques et notre interprétation initiale[1].

1.1. Effets de cadre

1.1.1. Le cadre théorique

Le cadre thérapeutique se fonde sur un modèle théorique qui définit l'étiologie et la nature des troubles que l'on veut traiter. Ainsi la théorie psychanalytique s'applique à l'individu et se fonde sur l'idée du conflit intrapsychique. Ceci conditionne le regard du psychanalyste et délimite un champ d'observation. Nous examinerons, avec un premier exemple, comment le comportement du psychothérapeute peut être influencé par une telle conception théorique et l'empêcher paradoxalement d'être attentif à ses mouvements contre-transférentiels.

Dans l'ouvrage de Merton Gill *et al.* (1954), on décrit en détail l'exemple clinique suivant :

> Une femme de 30 ans, mariée, mère de deux enfants âgés respectivement de trois ans et de cinq mois, consulte pour un état d'irritabilité et de dépression. Elle en veut à son mari qui souffre de tendances alcooliques. Elle songe à divorcer, mais hésite à cause des enfants. Durant la majeure partie de l'entretien, elle se plaint de l'attitude de son époux, tandis que le thérapeute, assez peu intéressé, s'efforce de la faire parler de ses problèmes personnels ; il ne devient aimable, sympathique et plus actif qu'au moment où la patiente renonce à mettre en cause les circonstances extérieures pour parler d'elle-même.

---

1. Nous citerons ici les passages indispensables à la compréhension de notre argument, mais le lecteur aura avantage à consulter aussi les ouvrages mentionnés.

Elle parle alors de son enfance, dit qu'elle avait rêvé d'être un garçon parce que sa mère en désirait un, évoque ses premières expériences sexuelles peu satisfaisantes avant de révéler « un secret » : elle était enceinte d'un homme marié au moment où son mari, qui le savait, a proposé de l'épouser, ce qu'elle a fini par accepter un peu à contre-cœur. Elle a fait une fausse couche, mais s'est quand même mariée, sans beaucoup d'enthousiasme, pensant qu'elle finirait par aimer son conjoint.
Le thérapeute reconnaît alors qu'elle a besoin d'appui et dit qu'il va s'en occuper. La patiente pleure, le thérapeute la réconforte et promet de l'aide[1].

Dans leur commentaire, les auteurs résument l'entretien de la manière suivante :

« La patiente, poussée par nous ne savons quoi ou pourquoi à ce moment précis (les enfants – quelqu'un à qui parler), demande de l'aide apparemment pour sa situation externe (comportement de son mari tel qu'elle le voit). Le thérapeute ne répond pas à cette demande, mais cherche à mettre en évidence le rôle de la patiente et la manière dont elle le joue. En écoutant l'enregistrement, on a le sentiment que le thérapeute est ennuyé, peu intéressé au début, et que la patiente est sur la défensive. Le thérapeute poursuit son travail et continue à demander : "De quoi s'agit-il" ? Par la suite il se montre plus intéressé, sympathique et très actif (participant) et insistant. Tout se passe comme si la patiente continuait à dire : "Ceci est le problème", et qu'il disait : "Non ! Dites-moi le vrai problème." Elle dit : "C'est cela !" Il répond : "Non, dites moi le vrai problème", jusqu'à ce que, finalement, la patiente dise : "Bon, je vais vous le dire." Le thérapeute dit alors : "Bon ! je vais vous aider". »

1.1.2. Ses conséquences

Nous analyserons ce cas clinique en élargissant notre cadre théorique par l'inclusion de l'étude du rapport dynamique à l'entourage, ce que nous avons dénommé : étayage objectal.

---

1. On a beaucoup parlé de pulsion d'emprise dans le monde psychanalytique (R. Dorey, « La relation d'emprise », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 24 : 117-139, 1981), notion qui pourrait refléter la tendance de certaines personnalités à exercer une certaine influence sur l'autre, mais on ne s'est pas vraiment intéressé à l'effet de la réaction du psychanalyste à cette influence. On a aussi parlé d'interactions parent-enfants, surtout en psychanalyse de l'enfant, mais là encore, on s'intéresse peu au rapport transfert/contre-transfert et mentalisation. Enfin, de plus en plus, on s'intéresse à la dynamique transfert/contre-transfert mais on a trop tendance à considérer le contre-transfert comme un miroir du transfert.

Le comportement du thérapeute et le commentaire des auteurs sont parfaitement rigoureux, si on se reporte au modèle psychanalytique : le thérapeute se propose de mettre en évidence les problèmes intrapsychiques de la patiente et les accusations portées par cette dernière contre le mari sont considérées comme des « projections ». Ainsi, le thérapeute ne se montre satisfait que lorsque la patiente « reconnaît » ses propres difficultés. C'est alors seulement qu'il propose son aide. Le but que nous poursuivons est exactement le même (permettre à la patiente de prendre conscience de ses problèmes personnels) et pourtant la voie que nous proposerons diverge totalement et nos conclusions seront, elles aussi, différentes. Essayons d'en expliquer les raisons. Nous allons considérer l'ensemble thérapeute-patient comme un tout en interaction, ce qui nous permettra d'examiner l'influence que chacun exerce sur l'autre et de le rapporter aux propos échangés.

Observons donc le comportement des interlocuteurs : nous voyons que, très rapidement, on assiste, en réalité, à une *lutte* au cours de laquelle la femme insiste sur la culpabilité du mari. Le thérapeute refuse d'entrer en matière et insiste sur les problèmes de la femme. À la fin, la patiente cède, reconnaît avoir des difficultés personnelles et le thérapeute accepte d'offrir son aide. En somme, ce dernier paraît sortir *vainqueur* de la bataille, ce qui lui permet de proposer son appui.

Toutefois, si l'on regarde la scène sans préjugé et que l'on compare le déroulement de l'entretien à l'épisode crucial raconté par la patiente au sujet de son mariage, on constate une analogie frappante : dans un premier temps, la patiente, qui se sentait coupable de son comportement sexuel et de sa grossesse illégitime, avait refusé la proposition de mariage faite par son époux. Elle avait fini par céder à contre-cœur sur l'insistance de ce dernier. Dans l'entretien, on retrouve *la même dynamique* : tout se passe comme si, en finissant par céder à l'insistance du thérapeute et en reconnaissant qu'elle avait des problèmes internes, elle se reconnaissait inconsciemment « coupable » de ses difficultés. C'est alors seulement qu'une aide lui est proposée comme le mari avait proposé le mariage au moment où elle était enceinte. Ainsi, on peut considérer la prise en charge de la patiente comme une *répétition* symbolique de la dynamique ayant conduit au mariage. Nous avons pu observer des centaines de fois ce genre de phénomène.

Il semble intéressant d'examiner ici comment on en est arrivé là. Dans leur résumé, les auteurs considèrent que le tournant de l'entretien se situe après une assez longue intervention du psychothérapeute, qui résume la situation de la patiente en disant à peu près ceci : « On pourrait admettre que vos difficultés sont simples à comprendre, qu'elles sont dues au comportement de votre mari mais, en

réalité, c'est vous qui avez consulté un psychiatre avec l'idée qu'il y a quelque chose en vous qui mériterait d'être mis en évidence. » Ici se dessine clairement le cadre théorique du psychothérapeute : on parle de conflits intrapsychiques et non de conflits interpersonnels.

À quoi la patiente répond : « Je me demande parfois si je suis adulte. » Elle précise ensuite : « Lorsque l'on est marié, on ne devrait avoir qu'un compagnon, on ne devrait pas rôder et regarder d'autres hommes. » Avec cette réponse, la patiente reconnaît alors manifestement un conflit intrapsychique accompagné de sentiments de culpabilité. Pourtant, plutôt que de suivre cette voie, le thérapeute met paradoxalement en doute la dernière affirmation de la patiente. Il lui demande : « Pensez-vous qu'une femme ne doive regarder qu'un homme ? » La patiente suit alors la direction proposée et dit qu'en réalité son problème consiste en ceci qu'elle n'arrive pas à affronter sa situation conjugale : on se retrouve au point de départ, où la patiente accusait son mari ! Or il est frappant de noter que ni le thérapeute, ni les commentateurs ne réalisent qu'on se trouvait ici à une bifurcation importante où d'un côté se trouvait la vie *fantasmatique* de la patiente, de l'autre, *la réalité actuelle* ; d'un côté c'était le monde des *représentations* (une femme mariée ne devrait pas regarder les autres hommes), de l'autre, celui de la *réalité* actuelle (comment affronter sa situation conjugale). Ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que la patiente choisit cette dernière voie *sous l'influence du thérapeute*, qui ne se préoccupe pas du tout des raisons du malaise ressenti par la patiente lorsqu'elle regarde d'autres hommes. (La question adéquate eût été : « Quelles sont les raisons qui vous incitent à regarder d'autres hommes, que recherchez-vous chez eux ? », et non : « Pensez-vous qu'une femme ne doive regarder qu'un seul homme ? ») Et pourtant, la patiente elle-même ajoute « qu'elle a été élevée ainsi », remarque qui ouvrait largement les portes du passé. Comme on le voit, la *résistance est maintenant du côté du thérapeute*. Ceci paraît une évidence lorsque nous le faisons remarquer, au cours de supervisions, chacun étant persuadé qu'il aurait agi très différemment ; mais, en fait, des générations de psychanalystes ont agi ainsi et la grande majorité continue à se laisser prendre au piège. La raison en est assez simple : c'est que le modèle psychanalytique n'accorde aucune place aux interactions patient-psychanalyste et, plus exactement, au rapport entre interactions et mentalisation.

Pour comprendre notre position, revoyons plus en détail le tournant de l'entretien.

> À un moment donné, après que la patiente avait dit qu'elle était à bout de force, le thérapeute demande si un événement a provoqué cet état. La patiente commence par répondre non ; le thérapeute insiste et la patiente, en hésitant, dit qu'elle s'est demandé si sa fille aînée n'était pas nerveuse à cause de son propre état de tension (la fille aînée souffre

d'énurésie depuis la naissance du deuxième enfant et veut constamment dormir avec sa mère).
Le thérapeute insiste encore, et la patiente, toujours hésitante, dit ressentir un état de confusion interne, demande s'il ne serait pas possible de corriger ce qui se passe dans son esprit : elle oublie certains faits, ne sait même plus s'ils se sont réellement produits. Le thérapeute *insiste encore*. La patiente se dit alors désorientée. C'est alors que survient la longue intervention du thérapeute, mentionnée plus haut, suivie de « l'aveu » de la patiente qui s'intéresse à d'autres hommes que son mari. Après quoi, le thérapeute met implicitement en doute que cela soit le véritable problème et l'on en revient à l'idée d'affronter la réalité du conflit conjugal.

Paradoxalement, au moment où la patiente en arrive, sur l'insistance du thérapeute, à évoquer les questions qu'elle se pose, le psychothérapeute abandonne apparemment cette voie. Mais le plus intéressant à noter ici, c'est que la patiente évoquera plus en détails ses problèmes sexuels *après que le thérapeute a implicitement nié que ce fût là le réel problème* !

Comment en est-on arrivé là ? C'est ainsi qu'intervient, à notre avis, l'importance du jeu interactif, jeu qui échappe à l'attention du thérapeute, et le modèle de référence, qui interdit au thérapeute d'ouvrir les yeux sur les *interactions*, ce qui l'empêche d'être pleinement attentif à son *contre-transfert*.

Par ses hésitations, la patiente incite le thérapeute à insister. En réponse à ce qui lui permet d'avoir le sentiment d'insistance, elle fournit les informations demandées ; elle s'interroge sur le tort qu'elle fait à sa fille et sur sa propre culpabilité à l'égard de son mari. Ce sont là deux informations *fondamentales pour un psychanalyste* : d'un point de vue associatif, la patiente établit une relation entre les troubles de sa fille et la culpabilité mobilisée par ses propres désirs ; il est question ici du monde des fantasmes de la patiente et non du monde de la réalité agie, car, comme elle le précise, elle regarde d'autres hommes, mais rien de plus ! Pourquoi donc le thérapeute renonce-t-il à suivre cette voie, qu'il avait voulu lui-même ouvrir, pour revenir sur le terrain cher à sa patiente, celui de la réalité ? C'est cela qu'entend expliquer notre théorie de l'étayage objectal.

1.2. Relation thérapeutique et étayage objectal

Répétons-le, la théorie de l'étayage objectal consiste à dire que tout sujet s'efforce d'aménager ses relations interpersonnelles en

fonction de son économie interne. Mais cet aménagement ne se fonde pas seulement sur ce qui est dit, mais encore et surtout sur ce qui est agi dans la relation. En vertu de cette hypothèse, on se demandera quelle est :

– la nature des angoisses contre lesquelles se défend la patiente grâce à sa relation conjugale ;
– la nature des angoisses contre lesquelles se défend la patiente grâce à l'utilisation du contre-transfert du psychothérapeute.

1.2.1. La relation avant le cadre

La réponse à la première question est donnée par les caractéristiques des plaintes de la patiente : si cette dernière se lamente *maintenant,* c'est qu'elle regrette le choix qu'elle avait fait *autrefois*. Mais si elle avait fait un tel choix, c'est qu'elle avait de bonnes raisons : le caractère de cet homme correspondait à certaines attentes et la protégeait contre des désirs anxiogènes. La nature de ces désirs anxiogènes sera révélée par la nature des plaintes actuelles : cette femme se plaint de l'alcoolisme de son mari ; cela signifie qu'à un moment donné elle a éprouvé le besoin, pour des raisons inconscientes, de se lier à un homme aux tendances alcooliques. Quelles satisfactions et quelles frustrations retirait-elle de ce choix ? Ici encore, le comportement actuel de la patiente nous fournit des informations précieuses :

– cette femme peut se montrer plus forte que son mari, le réprimander, le dominer ;
– elle peut se plaindre du fait qu'il ne se comporte pas en homme.

Ces deux attitudes, très fréquentes chez les épouses d'alcooliques, traduisent d'ordinaire le refus inconscient de leur propre féminité et, plus particulièrement, un dénigrement inconscient de tout ce qui a trait à la maternité.

Il s'agit évidemment d'une hypothèse que d'autres éléments devront confirmer ou infirmer. Le contre-transfert du psychothérapeute sera le premier et le plus efficace des éléments disponibles. Il s'agira de définir l'utilisation défensive que la patiente fait de son psychothérapeute.

1.2.2. Utilisation défensive du contre-transfert du psychothérapeute

Pour la définir, on dispose ici d'une série d'éléments reposant essentiellement sur les émotions (affects) vécues par le thérapeute et

par la patiente. On sait qu'en début d'entretien le thérapeute est irrité et ennuyé par les plaintes de cette femme et les accusations portées contre son mari. Cette irritation est compréhensible puisque le thérapeute, par sa formation psychanalytique, est essentiellement intéressé par les problèmes internes de ses patients et qu'il est, en quelque sorte, aveugle lorsqu'il s'agit de conflits interpersonnels. Tout se passe comme si on lui demandait de guérir un absent, ce qui est évidemment impossible. L'*irritation* est donc provoquée par un certain sentiment d'impuissance induit par la patiente.

Le thérapeute ne peut changer le mari ; mais il peut éventuellement aider la patiente à changer. *C'est pourquoi il insiste* pour que la patiente parle d'elle-même.

L'hypothèse de l'étayage objectal consiste à considérer que la patiente use de ce procédé à des fins défensives : pour se protéger d'une prise de conscience angoissante. Elle attaque le fonctionnement même du psychanalyste en lui disant implicitement que le problème n'est pas là où on voudrait le trouver, ce qui contraint le praticien à se défendre. Tous les psychanalystes seront d'accord pour partager cette idée, mais ce qui leur échappe d'ordinaire, c'est qu'ils sont utilisés eux-mêmes pour renforcer le système défensif du patient. Tous admettront que la patiente parle de son époux pour éviter de parler d'elle-même, mais bien peu réaliseront qu'en voulant la « contraindre » à parler d'elle-même, *ils renforcent ses résistances*. La patiente sait très bien que le thérapeute ne peut changer le mari, puisque ce dernier n'est pas là et ne demande rien. Alors, pourquoi agit-elle ainsi ? Eh bien justement pour faire réagir le thérapeute dans le sens désiré : qu'il dise que, même si elle le désire, on ne peut rien faire pour changer le mari et que c'est à elle de changer. C'est ici qu'intervient la notion d'*étayage objectal*, qui consiste à dire que le sujet peut utiliser l'objet à des fins défensives. En somme, la patiente provoque la réaction négative du thérapeute pour *éviter l'angoisse réveillée par ses désirs*. L'irritation du psychothérapeute confirme les angoisses inconscientes de la patiente : il est mauvais d'attendre quelque chose de lui, puisqu'il est méchant. En l'occurrence, on a bien perçu que, contrairement à ses objectifs, le thérapeute a favorisé les résistances de sa patiente, puisqu'il ne l'a pas aidée à parler de ses fantasmes et de ses peurs, précisément au moment où il paraissait l'avoir emporté sur les résistances, à savoir au moment où elle avait commencé à parler, avec un certain malaise, de son intérêt pour d'autres hommes que le mari. Tout s'est passé comme si, *soulagé d'être enfin reconnu, le psychothérapeute* s'était senti obligé d'être aimable avec cette femme, si bien qu'il l'a implicitement déculpabilisée en prétendant la ramener à la réalité. Par conséquent, son interlocutrice a pu évoquer ses problèmes sexuels, sans courir le risque de se sentir mal jugée.

C'est ce genre d'observation qui permet de déduire que l'on peut utiliser l'autre à des fins défensives : pour *éviter l'angoisse qu'éveillerait une prise de conscience quelconque.*

Ici, on partira de l'hypothèse que la patiente attend inconsciemment la réaction du thérapeute (« Je ne peux changer votre mari »). Et si elle provoque cette réaction, c'est qu'en réalité elle a peur que son mari ne change. En effet, si son mari changeait vraiment, comme elle paraît en manifester l'envie, il deviendrait acceptable et désirable. La patiente serait contrainte d'assumer sa féminité, ses désirs, qui effleurent la conscience puisqu'elle s'intéresse à d'autres hommes, chose dont elle ne se sent pas capable. *En reportant l'interdit sur le thérapeute, elle évite d'avoir à affronter ses angoisses.* Par un simple tour de passe-passe, elle s'est débarrassée d'un problème : le juge c'est l'autre, ce n'est plus elle. Le résultat est évident : pour ne pas être méchant, le thérapeute doit déculpabiliser la patiente. Le problème qui en découle malheureusement est que les sentiments de culpabilité de cette dernière sont court-circuités. Si l'on comprend ainsi les choses, le discours de la patiente devient cohérent et tout s'éclaire. En effet, en quoi consisterait ce changement à la fois désirable et angoissant ? Pour le savoir, il suffit de penser aux conditions dans lesquelles le mariage a eu lieu. De son propre aveu, la patiente ne désirait pas son mari, elle l'a épousé dans des conditions difficiles où elle avait été amoureuse d'un autre homme dont elle était enceinte. On apprend ainsi pourquoi elle regarde d'autres hommes et l'on sait que le changement principal, celui qui fait peur, serait que le mari devienne un « autre homme », comme ceux qui paraissent l'intéresser. Ce qui permet d'affirmer que la patiente a peur de ses désirs. Et quelle est la nature de ces désirs ? La patiente le révèle clairement lorsqu'elle avoue qu'elle avait, dans son enfance, refusé sa féminité avant de se laisser entraîner dans une vie hétérosexuelle quelque peu débridée. De plus, elle relève qu'elle s'est décidée à consulter en raison de l'énurésie de sa fille, apparue après la naissance du deuxième enfant. Elle dit qu'elle se sent responsable du comportement de sa fille ; ce dont elle est coupable, c'est donc de ne pas savoir comment assumer sa vie sexuelle (aux yeux de sa fille ?), dont le deuxième enfant est le fruit visible.

Mais comment arrive-t-elle à fermer les yeux du thérapeute sur cette évidence ? Là encore, c'est son *comportement* qui influencera ce dernier. Au moment où elle évoque ces problèmes, la patiente se met à hésiter, se montre plus timide et anxieuse, ce qui *éveille la sympathie du thérapeute.* Ce dernier se montre plus sympathique et la rassure incidemment : là n'est pas le problème suggère-t-il par ses questions : « Vous pensez qu'une personne adulte devrait accepter sa situation conjugale quoi qu'il arrive ? », demande-t-il. À quoi la

patiente commence par répondre : « C'est ainsi que j'ai été éduquée ! » Le thérapeute insiste alors : « Vous pensez vraiment que ce serait un signe de maturité ? » Et la patiente de répondre : « Non ! »

Et *le tour est joué* : c'est le thérapeute qui prend la responsabilité des désirs de la patiente : elle n'a pas à tout accepter du mari, elle peut rêver d'un autre homme, avec la permission du thérapeute. Mais l'angoisse éprouvée par la patiente face à sa sexualité est totalement court-circuitée et l'on en arrive automatiquement à la conclusion que ce n'est pas au mari de changer, mais bel et bien à la patiente. Après quoi, cette dernière révélera ses aventures sexuelles et surtout sa grossesse illégitime suivie du mariage non désiré. Le thérapeute pourra enfin proposer son aide... comme le mari l'avait fait quatre ans plus tôt !

1.2.3. Un essai d'interprétation différente

Essayons maintenant, pour illustrer ces propos, d'examiner ce que nous aurions dit en nous fondant sur la théorie de l'étayage objectal. L'objectif de notre intervention est de *dégager le thérapeute du mouvement prétransférentiel* amorcé par la patiente et de confronter cette dernière à ses conflits intrapsychiques. Il est donc identique à celui de notre thérapeute, mais la démarche est totalement différente.

Nous nous serions aussi intéressé aux facteurs actuels ayant motivé la consultation mais, dès la réponse de la patiente, nous aurions suivi une voie divergente : nous aurions incité la patiente à clarifier sa pensée. Ainsi, lorsqu'elle s'est demandé si elle était responsable de l'état de tension de sa fille, nous lui aurions fait préciser en quoi elle pensait avoir joué un rôle, ceci pour l'aider à exprimer ses fantasmes. Puis, nous aurions relevé qu'elle avait elle-même signalé que sa fille avait mal réagi à la naissance de son frère et lui aurions signalé que si elle était responsable de quelque chose c'était d'avoir donné un frère à sa fille, et nous lui aurions demandé si cela représentait un problème pour elle, etc. Ce faisant, nous ne prenions aucun parti dans les fantaisies de la patiente. En cours d'entretien, nous en serions arrivé à adopter une position pouvant se résumer en ces termes :

> « Madame, vous êtes venue me consulter parce que votre fille, par ses symptômes, en réaction à la naissance de son frère, vous met face à un problème que vous n'arrivez pas à surmonter : cette naissance paraît vous rappeler, comme vous l'avez mentionné, votre première grossesse illégitime dont vous vous êtes sentie très coupable et les conditions dans lesquelles vous avez épousé un homme dont vous

n'étiez pas véritablement amoureuse. Actuellement, vous avez très envie de changer cette situation. Vous rêvez de changer votre mari pour le rendre plus désirable ou de trouver un autre homme. Mais cette idée vous angoisse et vous ne savez vraisemblablement pas pourquoi. Or vous avez précisé que, dans votre enfance, vous n'aviez pas accepté votre féminité. N'y aurait-il pas un rapport entre ces divers éléments ? C'est à cela que je vous propose de réfléchir et de cela que je vous propose de me parler la prochaine fois. »

Ce faisant, nous aurions confronté la patiente à elle-même, sans prendre parti, et nous lui aurions donné la possibilité de choisir : soit affronter les angoisses réveillées par sa sexualité et s'engager dans une psychothérapie, soit renforcer ses résistances.

1.3. Rôle du patient - Rôle du psychothérapeute

Le cadre thérapeutique définit les rôles des interlocuteurs et le but de leur activité respective. Ainsi, le rôle du psychanalyste consiste, très schématiquement, à aider le patient à surmonter ses inhibitions par la compréhension de ses problèmes inconscients. Le rôle du patient consiste à montrer ses problèmes et à chercher à les surmonter. Il n'est pas rare, cependant, que le patient croie qu'il ira mieux grâce à la simple intervention d'une personne qui accepte de remplir le rôle que ses proches ont refusé. En quelque sorte, on cherche un ami, un parent, mais *on ne veut pas changer*.

Un deuxième exemple permettra de comprendre notre position. Nous nous interrogerons sur le rapport entre *motivation à consulter un psychiatre et répétition*. Cet exemple est repris de l'ouvrage de M. Thibaudeau (1986) dans un chapitre où il est question des attentes du patient au moment de la première consultation. On lit ceci :

« Le premier entretien devrait être, pour le consultant, un bref apprentissage de la psychothérapie, un "échantillon" de celle-ci, pour reprendre le terme de Gill *et al.* (1954). Cet "échantillon", c'est souvent, pour le consultant, la découverte inattendue d'un interlocuteur capable de l'écouter "sans angoisse et sans complicité", selon les termes de Françoise Dolto (*in* Mannoni M., 1965, p. 47). Sans "angoisse", parce que le praticien possède un degré raisonnable de sécurité, et sans "complicité", c'est-à-dire sans paroles faussement rassurantes ou sans faux encouragements qui empêchent d'aller au bout de la confidence. Cet interlocuteur, le consultant l'a parfois cherché désespérément.

« ... Une jeune femme suicidaire à qui une thérapeute demandait, à la fin de l'entrevue, ce qu'elle attendait de la psychothérapie, répondit : Pouvoir parler, parler comme je l'ai fait aujourd'hui et être écoutée comme vous m'avez écoutée... J'ai voulu parler avec mon médecin, avec le neurologue auquel il m'a envoyée, peine perdue... J'ai essayé avec ma sœur aînée avec qui je demeure... Je lui fais peur, je me rends compte que mon angoisse l'angoisse à son tour... Petite, j'ai souhaité que ma mère devine que je voulais lui parler... À l'école, j'ai essayé d'attirer l'attention d'une institutrice que j'aimais beaucoup... Je me sentais si seule... » (Mannoni, 1965, p. 5.)

Cet exemple ainsi que le préambule de l'auteur illustrent bien les problèmes posés par la motivation du patient. En effet, si nous partageons avec l'auteur l'idée que « le premier entretien devrait être un bref apprentissage de la psychothérapie », nous ne sommes pas du tout d'accord avec son illustration clinique. En ce qui nous concerne, nous considérerions comme une résistance les propos de la patiente suicidaire. En effet, cette dernière précise qu'elle a cherché de nombreux interlocuteurs (sa sœur, sa mère, son médecin) sans succès et dit qu'elle en a enfin trouvé un avec la psychothérapeute. Mais nous constatons ici deux faits :

– la patiente met sur le même plan logique les membres de sa famille et le médecin ;
– la patiente ne donne aucun indice permettant de penser qu'elle s'interroge sur ses propres problèmes.

Ce que la patiente dit chercher, c'est une *réparation* qu'elle pense pouvoir obtenir de la psychothérapeute. Elle ne cherche pas à comprendre ce qui se passe en elle, ce qui était clairement la préoccupation du thérapeute du premier exemple.

En réalité, l'objectif du psychanalyste est d'aider le patient à « s'aider lui-même » en comprenant mieux ses conflits, conflits qui sont d'ordinaire à l'origine de ses angoisses. Mais ici, la patiente exprime naïvement *le vœu secret de tout patient* consultant pour la première fois : trouver un *objet de remplacement*, un objet qui colmate les angoisses et évite au sujet d'avoir à faire des prises de conscience douloureuses. Cet espoir est le reflet de la *tendance à la répétition*, propre à tout être humain.

Dans le cas présent, nous aurions su que la patiente avait perçu quelque chose des possibilités offertes par une psychothérapie psychanalytique si elle avait dit : « Jusqu'ici, j'ai toujours recherché chez les autres une solution à mes angoisses, mais ce que j'ai réalisé aujourd'hui, c'est que quelque chose en moi en est à l'origine. C'est ce que je voudrais comprendre mieux. »

L'influence exercée par le patient visant à faire entrer le thérapeute dans un processus répétitif est particulièrement visible lors d'entretiens conduits par des thérapeutes peu expérimentés. Nous avons très souvent eu l'occasion d'observer ce phénomène au cours d'investigations menées par des étudiants en médecine. Ces derniers, dont le savoir est encore très partiel, finissent par laisser le patient prendre le pouvoir et tout se passe alors comme s'ils devenaient un membre supplémentaire de la famille de ce dernier.

Un tel type d'évolution est bien illustré par le deuxième cas clinique commenté dans l'ouvrage de M. Gill déjà cité. Il s'agit d'une investigation faite par un étudiant. À la fin de l'entretien, le patient, très à l'aise, dit avoir éprouvé beaucoup de plaisir à parler avec le médecin et ce dernier le remercie. C'est le patient qui commente l'entrevue et le médecin qui remercie ! Il n'empêche qu'au cours de l'investigation en question, en dépit des maladresses du thérapeute, on finit par avoir un aperçu très clair de la psychopathologie et qu'un observateur externe dispose, à la fin de l'entretien, de nombreux éléments permettant d'émettre une hypothèse sur la psychogenèse des troubles. Ceci résulte du fait que le patient a *répété*, dans sa relation au thérapeute, les conflits qu'il vit quotidiennement. Par contre, le manque de compétence du thérapeute se traduit dans le fait qu'au terme de l'entretien le patient n'a guère reçu d'indication claire sur les possibilités offertes par une psychothérapie.

De fait, on peut affirmer que le patient finit toujours par donner des informations importantes, même lorsque le thérapeute ne paraît pas très bien jouer son rôle. Ceci est dû au besoin caché de tout patient de trouver réparation chez le psychothérapeute, besoin que nous avons mentionné plus haut. C'est pourquoi il finit par dire ce qu'il a sur le cœur. Mais avoir obtenu ces aveux ne signifie pas que l'on ait réussi à faire percevoir au patient la nature de ses conflits intrapsychiques ni qu'il ait perçu la nature de l'aide que l'on peut lui proposer. Cette perception, le patient ne peut l'avoir que grâce à des *interprétations pertinentes*, ce que nous avons tenté de montrer dans notre analyse du premier exemple.

1.4. Analyse transitionnelle et étayage objectal

La notion d'étayage objectal, rappelons-le, consiste à s'interroger sur la manière dont le sujet prend appui sur le monde externe pour entretenir son équilibre psychique. Ce monde externe est composé par les « autres » (l'entourage) et, de manière plus globale, par le

« milieu » (l'environnement). D'un point de vue psychothérapique, les caractéristiques spécifiques de l'environnement constituent ce que l'on dénomme d'ordinaire le « cadre ». Ce dernier définit les conditions dans lesquelles le psychothérapeute peut exercer son activité. Ainsi, le cadre psychanalytique comporte une règle d'abstinence et de neutralité qui interdit les passages à l'acte : on parle et on n'agit pas.

Depuis quelques décennies, comme nous l'avons vu, de nombreux psychanalystes se sont penchés sur la question des possibilités de *variations du cadre*. Parmi eux, René Kaës et Didier Anzieu ont introduit la notion d'« analyse transitionnelle » pour désigner certaines variations techniques (par exemple, le passage au « face à face », les interprétations faites à la première personne, les variations de la durée des séances), variations applicables à des patients souffrant d'importantes carences infantiles (Anzieu, 1975 ; Kaës, 1960).

Cependant, nous voudrions montrer ici que certains patients cherchent à imposer des transgressions de la règle d'abstinence en raison même de l'organisation de leur personnalité. Si bien que certaines variations techniques pourraient être considérées comme un agir contre-transférentiel. Nous examinerons donc ici un dernier exemple conduit selon la méthode de l'analyse transitionnelle en polarisant notre attention sur le premier entretien.

Il s'agit de « la cure psychanalytique de Madame Oggi », conduite par R. Kaspi et publiée dans un ouvrage collectif (Kaspi, 1979). Cette histoire est particulièrement intéressante en ceci qu'elle commence, comme le dit l'auteur, de manière insolite :

> « Le médecin traitant me demande de venir, exceptionnellement, voir une patiente chez elle. Elle l'inquiète beaucoup, car elle reste prostrée dans son lit depuis déjà huit jours, sans manger, sans boire, ni parler. Elle a des mimiques bizarres, chantonne parfois, ou bien hurle sans raison. Cette situation paraît avoir été déclenchée par la mort de sa grand-mère de 90 ans.
> J'accepte [...]
> Après avoir été accueilli par une personne (que je saurai plus tard être sa mère), je trouve une jeune femme de trente ans couchée toute recroquevillée ; les rideaux de sa chambre sont tirés. Il fait sombre. Je m'annonce, et essaie de lui faire expliquer sa difficulté. Malgré mes efforts, Mme Oggi reste totalement silencieuse et immobile. Elle paraît grande et maigre ; je ne peux voir son visage caché par de longs cheveux noirs. Pendant un quart d'heure, mes efforts sont vains. J'ai l'impression d'avoir affaire à une morte, tant elle est immobile.
> Je me demande ce que je fais là et si je ne dois pas m'en aller en proposant au médecin de l'hospitaliser ?

À cet instant, je remarque qu'elle bouge un pied sous le drap. Je m'approche, pose ma main sur sa jambe[1], et reprends mon discours : je suis là pour l'aider, pour essayer de comprendre avec elle ce qui l'a amenée à se retirer si profondément, etc.
Alors elle bouge, écarte un peu ses cheveux et dit quelques phrases espacées par de très longs silences. Elle parle de la mort de sa grand-mère dont elle se sent responsable, car elle en a accepté le transfert à l'hôpital, et dont elle regrette que personne de son entourage n'ait voulu s'occuper.
Je lui parle de son comportement : chantonnement, mimiques, bizarreries, retrait au lit et dans le noir.
Elle dit qu'en partie, cela lui permet de terroriser ou manipuler son entourage, mais qu'en fait, il s'agit le plus souvent de comportement irrépressible. Son discours est lent, haché de longs silences entre deux phrases, ou entre deux mots.
Je peux alors enlever ma main, lui proposant un traitement antidépresseur qui sera appliqué par son médecin, et surtout qu'elle vienne me voir pour parler de tout cela. Elle semble accepter. »

De notre point de vue, l'analyse transitionnelle telle qu'elle est décrite par D. Anzieu (in Kaës *et al.*, 1979, p. 203-205) consiste simplement à déplacer les limites du cadre analytique en le rapprochant du cadre habituel de la vie sociale, ce qui revient à *donner plus d'importance aux aspects interpersonnels de la relation thérapeutique.* La notion d'étayage objectal considère toute relation interpersonnelle comme le produit de la rencontre des désirs des partenaires ; toutefois elle ne s'intéresse qu'à l'organisation des désirs du sujet indépendamment de ceux de l'objet. On admet que si une personne adopte une certaine attitude à l'égard d'une autre personne, c'est que cette attitude répond, ne serait-ce qu'en partie, à certaines attentes de la personne concernée. On porte le regard sur les rapports liant la dynamique interpersonnelle à la dynamique intrapsychique.

Le cas présenté par R. Kaspi illustre bien cette différence d'optique. Nous voyons que l'auteur, tout en précisant qu'il s'agit d'une situation assez exceptionnelle, accepte d'aller au domicile de la patiente à la demande du médecin traitant. Il est reçu par une femme inconnue qui le conduit au chevet de la malade. Pourtant il est frappant de noter qu'il ne dit absolument rien de ces deux faits : ses éla-

1. « Sans doute est-il nécessaire d'expliquer ce geste. Manifestement cette femme souffre. Elle ne peut dire sa souffrance, ni qu'elle a entendu que je lui proposais mon aide. Elle montre par le mouvement de son corps qu'elle est présente. Mon expérience de relaxateur me permet alors ce toucher rassurant et communiquant à la fois, seul moyen de l'atteindre dans ce profond retrait : mon corps parle à son corps. » (Note de R. Kaspi.)

borations commencent au moment du premier contact avec la patiente désignée, dont il décrit en détail le comportement. Tout le processus paraît déclenché par la rencontre du thérapeute avec son patient. Or cette rencontre a été précédée, en réalité, d'une série d'événements extrêmement importants : le recours au médecin traitant, l'échec de ce dernier, la présence de la mère. Ces événements ne sont pas discutés.

Notre démarche consiste, au contraire, à nous interroger sur ceux-ci. Nous nous serions demandé : pourquoi le médecin a-t-il recouru au thérapeute ? Pourquoi est-ce la mère qui reçoit ce dernier et non le mari ? Comment l'intervention du psychothérapeute a-t-elle été présentée à la malade ?

Les réponses que nous donnons à ces questions commencent toujours par être extrêmement simples : si la mère est intervenue, c'est que la patiente a suscité en celle-ci le besoin de le faire ; si le mari n'est pas là, c'est que la patiente n'a pas suscité en lui le besoin de le faire ; si le médecin traitant a fait appel au psychothérapeute, c'est que la patiente a suscité en lui le besoin de recourir à l'aide d'une autre personne : il ne va pas de soi qu'un médecin demande l'aide d'un psychiatre dans ce genre de situation. Un médecin est pleinement habilité à prescrire des antidépresseurs ou même à hospitaliser son patient. S'il ne l'a pas fait, dans ce cas particulier, c'est qu'il a douté de lui-même, il a douté de ses capacités professionnelles : tels sont les sentiments induits par la malade.

Les raisons poussant un médecin à demander l'aide d'un spécialiste ne sont pas toujours très rationnelles. Elles sont bien souvent motivées par un mouvement contre-transférentiel dont l'origine échappe à la conscience. Il peut s'agir d'une réaction de rejet, d'angoisse importante, de culpabilité ou de tout autre sentiment. Pour la qualifier on dispose de différents indices :

– le moment où le praticien décide de requérir une aide,
– la manière dont il présente cette aide : besoin d'appui, conseil, etc.,
– les symptômes du patient et la possibilité que le praticien aurait eu de les traiter lui-même : s'agit-il de symptômes somatiques ou psychiques, le praticien a-t-il discuté avec son malade de l'existence d'éventuels conflits intrapsychiques ?

La mise en rapport de ces éléments nous donnera déjà de précieuses informations sur la *réaction contre-transférentielel induite par le patient*. Il ne s'agit pas de définir la personnalité du médecin, mais celle du patient. Qu'un praticien soit particulièrement vulnérable à telle ou telle problématique ne nous intéresse pas et cela n'a guère d'importance. Ce qui compte, c'est la problématique dans laquelle le malade a impliqué le médecin au moment de la demande

ou, plus prosaïquement, du rôle que le malade avait réussi à faire jouer à son médecin.

Qu'en est-il, dans le cas de madame Oggi ? De nombreux indices nous échappent puisque nous ne disposons que de ceux donnés par l'auteur. Toutefois, nous connaissons au moins deux faits fondamentaux :

– les symptômes de sa malade persistent depuis huit jours. Il est donc possible que le praticien ait commencé par tenter de la traiter lui-même et qu'il recoure au psychiatre en raison d'un *sentiment d'échec*. Notons ici que, si la famille avait attendu huit jours avant de recourir au médecin, le médecin n'aurait pas éprouvé le même sentiment d'urgence ou, si cela avait été le cas, il aurait souligné cette négligence familiale dans sa présentation au psychiatre et ce dernier l'aurait plus que probablement signalée.
Rappelons d'ailleurs qu'il n'est question ici que d'hypothèses et non de certitudes, car tel est le but du premier entretien : formuler une hypothèse psychodynamique, sur la base de laquelle on construira une interprétation initiale que l'on verbalisera au patient, si cela est possible, ou qui dictera notre attitude thérapeutique.
– le médecin justifie son appel au psychiatre par son *inquiétude*, en précisant que c'est cela qui motive cette démarche « exceptionnelle ». Même si le terme « exceptionnel » n'était pas celui du médecin, mais celui de l'auteur désireux de justifier son comportement aux yeux de psychanalystes plus traditionnels, il n'en traduit pas moins le climat dans lequel s'est prise la décision. Par exemple, en cas de crise schizophrénique aiguë, personne n'aurait songé à qualifier d'exceptionnel le recours au psychiatre.

En mettant en relation ces différents éléments, nous aboutissons à la description suivante : le psychothérapeute s'est vu confier un cas inquiétant et exceptionnel, qui avait suscité un sentiment d'insuffisance et d'inquiétude chez le médecin. Cela, c'est le point de départ de la relation que le psychothérapeute établira avec sa patiente et qui influencera son contre-transfert. *A priori* on pourrait dire : à problème exceptionnel, mesures exceptionnelles, ce qui pourrait justifier les variations du cadre propres à l'analyse transitionnelle. Mais, ici encore, comme pour les autres exemples, nous nous apercevons maintenant que ces mesures exceptionnelles sont une *réaction au comportement du médecin-traitant*, comportement qui reflète le contre-transfert mobilisé par la patiente.

À ce stade, nous pouvons revenir à cette dernière, que nous voyons maintenant aux prises avec deux personnages : le médecin-traitant et le psychothérapeute. Le médecin-traitant baisse les bras et appelle au secours le psychothérapeute qui accepte de répondre. Pour

tout psychanalyste, cette scène entre en résonance avec certains *fantasmes originaires* bien connus : le sentiment d'incompétence du médecin renvoie au fantasme de castration ; la transmission d'un cas « exceptionnel » renvoie au fantasme d'adoption du roman familial des névrosés (on donne en adoption un enfant exceptionnel).

Nous voyons que nous nous situons ici à un point de rupture où, d'une position essentiellement descriptive, nous passons à une position plus métaphorique. Selon notre théorie, l'organisation de la personnalité est fondée sur ce point de passage de la réalité externe à la réalité interne. Nous allons donc mettre en relation le comportement de la patiente avec une théorie, qui est celle du complexe d'Œdipe. Nous nous demanderons comment la patiente se situe par rapport au complexe de castration qui, rappelons-le, implique la reconnaissance d'une double différence : celle des générations et celle des sexes. Si le comportement du patient montre que cette double différence est reconnue, nous saurons qu'il s'agit d'une organisation névrotique de la personnalité, sinon, nous aurons affaire aux différentes organisations du registre limite ou psychotique (en référence à la classification de J. Bergeret, 1974).

En l'occurrence, que remarquons-nous ? La patiente a induit, chez le médecin-traitant, un certain sentiment d'impuissance ; de plus elle amène le psychothérapeute à transgresser certaines règles inhérentes à sa profession, ou, tout au moins, à ne pas respecter les règles que s'impose tout psychanalyste face au névrosé (non interventionnisme, neutralité plus particulièrement). Ce simple fait permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une organisation névrotique, comme le mentionne l'auteur lui-même. Mais s'agit-il pour autant d'une organisation psychotique ? Nous avons mentionné précédemment que nous distinguons deux organisations psychotiques : l'organisation psychotique franche et l'organisation prépsychotique. L'organisation psychotique implique la « forclusion des objets parentaux » (l'autre n'existe pas en tant qu'objet vivant, les seuls objets existants sont ceux auxquels le patient lui-même a donné vie) ; l'organisation prépsychotique implique un effondrement externe défensif du sujet (morcellement de la pensée face à l'objet menaçant).

> L'analyse du contre-transfert précoce du thérapeute fournira des indications très précieuses à ce sujet : si ce dernier a le sentiment « de ne pas exister » face à son patient, on saura qu'il s'agit probablement d'une organisation psychotique, s'il a, par contre, le sentiment que son patient a besoin de lui pour rassembler ses pensées, on songera à une organisation prépsychotique.

Dans ce cas particulier, nous ne décelons aucune de ces manifestations : le psychothérapeute n'est manifestement pas « absent » de

l'esprit de la patiente et lui-même ne se surprend pas à penser à autre chose qu'à la patiente. Au contraire, il l'observe attentivement, manifestement intéressé par ses messages non verbaux. En réalité, il est poussé à « agir » (mettre la main sur quelque chose...), et ceci dans un sens très particulier : même s'il songe à une hospitalisation, attitude parfois indispensable avec un psychotique en crise, il renonce à cette idée et *transgresse le tabou du toucher*, propre au psychothérapeute-psychanalyste. L'auteur dit d'ailleurs, en note : « Elle montre par le mouvement de son corps qu'elle est présente. » Ceci n'est pas sans importance !

Nous nous situons donc ici entre la névrose et la psychose, dans un monde où les objets existent et ne sont pas morcelés : un discours entrecoupé de longs silences n'est pas obligatoirement un discours morcelé. C'est l'absence ou la faiblesse des liens sémantiques qui signe le morcellement, ce qui ne paraît pas être le cas ici.

Nous allons maintenant nous pencher sur les *caractéristiques de cet « objet-limite »* recherché par la patiente : nous en voyons d'emblée deux :

– l'objet doit céder à la pression exercée par elle ;
– l'objet accepte de renoncer à ses prérogatives habituelles pour se « soumettre » à celles de la patiente.

Il s'agit d'un objet « transgressant » et, en quelque sorte, « soumis ». Ces deux aspects sont caractéristiques des relations objectales instaurées par les organisations perverses de la personnalité. L'objet existe, mais son rôle spécifique, dont la différence est niée, n'existe que pour combler les besoins du sujet ; s'il le fait, il est idéalisé et ressenti comme bon ; sinon, il est rejeté.

La *négation de la spécificité des rôles* peut être considérée comme un déplacement de la négation de la différence des sexes : il n'existe qu'un objet, celui qui comble. S'il ne le fait pas, il est aussitôt nié et rejeté. La puissance sexuelle est identifiée au pouvoir sadique et seul le pouvoir est reconnu.

L'objet est là pour être manipulé, ce que les propos de la patiente illustrent bien lorsqu'elle avoue, en cours d'entretien, que son comportement lui permet de manipuler les autres. Ce qui fait peur, c'est le manque qui « rappelle » la question de la castration. Le manque est dénié, ce qui distingue ces patients des organisations *borderline* où le manque est assumé et constamment présent : le borderline recherche activement l'objet idéal, il ne fait pas en sorte que l'objet idéal vienne à lui.

Ajoutons encore, pour en revenir à la patiente, qu'elle attire le regard sur son pied. Ceci a quelque chose de fétichiste dans son essence (l'hystérique aurait présenté un pied malade).

Ainsi, selon nous, les *premières minutes de l'entrevue* avec cette patiente permettent de penser qu'il s'agit très probablement d'une organisation perverse de la personnalité et non d'une organisation psychotique ou prépsychotique. Précisons que, selon notre expérience, le mode de réaction de cette femme à la mort d'une personne aimée (la grand-mère) est caractéristique des organisations perverses. Les réactions du pervers à une perte sont essentiellement marquées par le refus du deuil, refus prenant diverses formes selon le contexte :

- s'il s'agit d'une rupture sentimentale, le pervers cherche à récupérer l'objet réel par la violence exercée contre soi-même : par exemple, tentative de suicide (le plus fréquent) ou laisser-aller professionnel grave pouvant provoquer le renvoi. Ces comportements permettent d'exercer une pression sur l'objet qui se sent indispensable au bien-être ou même à la survie du sujet. Toutefois, le sujet ne verbalise aucune demande, c'est l'objet qui propose son aide. C'est lui qui court le risque de se sentir atteint dans son intégrité narcissique (baisse du sentiment de valeur), s'il n'intervient pas, car le pervers, lui, a « choisi » de se détruire pour récupérer sa toute-puissance fantasmatique.
  L'auto-agression peut être interprétée comme le résultat du déni de la castration propre aux organisations perverses. D'un point de vue relationnel elle signifie : « Ce n'est pas moi qui souffre d'un manque, c'est aux autres que je manquerai. » Ainsi la perte est déniée, grâce à quoi le sujet a bien des chances d'être récupéré par l'objet.
- en cas de perte réelle (mort de l'objet, par exemple), on observe aussi ce type de réaction, mais la mort peut être niée grâce à l'interchangeabilité de l'objet : le mort est immédiatement remplacé par quelqu'un d'autre. Ce mécanisme caractéristique peut d'ailleurs être précédé d'un mouvement auto-agressif.
  La disparition réelle de l'objet spécifique est niée en ceci qu'il est immédiatement remplacé par un autre. Cette facilité d'échange propre aux pervers incite très souvent leur partenaire à se donner beaucoup de peine, à lutter, pour devenir significatif. On s'efforce de faire « mieux que les autres » dans l'espoir d'être reconnu.

C'est ainsi que nous pourrions interpréter le comportement du psychothérapeute de Madame Oggi. L'inconvénient d'une telle attitude est qu'elle renforce le système défensif du patient et retarde la prise de conscience de l'angoisse terrifiante réveillée par la perception de la castration.

Interprétations

Selon notre expérience, l'attitude la plus efficace, celle qui permet une ouverture sur l'inconscient, surtout en période de crise, consiste,

pour le psychothérapeute, à *reconnaître sa propre castration.* Il s'agirait de dire à peu près ceci : « Madame, je comprends que la mort de votre grand-mère vous éprouve énormément mais, contre cette douleur, je ne peux rien faire. Je ne puis ni ressusciter votre grand-mère, ni vous empêcher de souffrir : une telle souffrance est naturelle car je pense que votre grand-mère a énormément compté pour vous. Tout au plus pourrais-je, si vous le désirez, essayer d'atténuer votre douleur avec un médicament, mais ceci ne serait qu'un palliatif et le problème restera entier et seul le temps vous permettra de surmonter ce deuil. » Ceci dit, on propose un nouveau rendez-vous pour en reparler. Dans la majorité des cas, la patiente accepte et l'on assiste, lors de l'entretien suivant, à un changement considérable.

Le patient se met à parler de son passé, de ses angoisses et de ses rancœurs, ce qui est une ouverture sur un processus d'élaboration. S'il refuse, on accepte le refus en sachant que, très probablement, il reprendra contact tôt ou tard. C'est du moins là notre expérience.

En résumé, nous avons voulu montrer dans ce chapitre que le psychanalyste se prive d'importants moyens de compréhension en ne portant son attention que sur le matériel verbal apporté par le patient. Le contexte de la première entrevue et la nature des interactions sont des éléments-clés de la rencontre médecin-malade.

Le premier exemple montrait comment le psychanalyste, trop désireux d'amener la patiente à parler d'elle-même, en arrivait paradoxalement à ignorer le problème central qui conduisait cette dernière à consulter : conflit intrapsychique mobilisé par la perception de ses désirs. Le deuxième exemple montrait comment un psychothérapeute en arrivait à entrer dans un processus répétitif et à accepter de jouer un rôle réparateur. Trop content d'avoir permis à la patiente de s'exprimer, il n'avait pas perçu que celle-ci l'entraînait dans une confusion logique entre thérapie et relation amicale. Le troisième exemple montrait enfin comment l'analyse des interactions précoces permettait de mettre en évidence le fait qu'une patiente était arrivée à mettre en scène sa problématique en assignant à deux médecins deux rôles opposés qui reflétaient son besoin de cliver les objets. Il montrait aussi comment le « bon » psychothérapeute en arrivait à occulter la question de la castration en adoptant le rôle de personnage « idéal » attribué par la patiente.

Pour chacun des exemples, nous avons proposé une interprétation susceptible d'ouvrir la voie de l'inconscient au patient et de permettre ce que nous appelons un changement initial.

2. LA CONSULTATION DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Dans ce bref chapitre, rédigé à l'attention du débutant, nous suivrons pas à pas la démarche d'un psychothérapeute examinant pour la première fois une patiente adressée par un médecin somaticien. Ceci concerne plus particulièrement la collaboration que le psychiatre-psychothérapeute peut apporter au médecin somaticien. Cependant, l'exemple choisi vise à montrer, le plus clairement possible, les différents points-clés du premier entretien.

Nous tenterons de montrer qu'un point de vue psychothérapique peut éclairer d'une lumière nouvelle les décisions que doit prendre le médecin ; nous montrerons aussi que le psychothérapeute subit les mêmes pressions, de la part du malade, que le médecin somaticien.

Nous montrerons que ce dernier se trouve souvent pris en porte-à-faux entre deux positions :

- la première consisterait à répondre à la demande concrète du patient par un acte essentiellement médical ;
- la deuxième consisterait, au contraire, à s'interroger sur les facteurs psychologiques motivant la demande de soins.

Cette deuxième position n'est pas facile à adopter, dans la mesure où le médecin doit, dans un premier temps, renoncer à agir et se contenter d'écouter. Dans cette perspective, le psychanalyste se trouve dans une situation plus confortable, dans la mesure où son cadre professionnel lui permet d'être exclusivement attentif aux problèmes subjectifs de son patient. Le médecin somaticien, quant à lui, travaille dans un tout autre cadre, ce qui devrait le contraindre à être beaucoup plus attentif à la relation interpersonnelle qu'il établit avec son patient. S'il le fait, il a des chances d'éviter de se trouver dans la même situation que celle du médecin de l'exemple évoqué plus haut : devoir défaire ce qu'un autre confrère a fait.

C'est là un sujet que nous avons étudié durant des années avec divers groupes de médecins généralistes.

2.1. Au carrefour psychothérapie-médecine somatique

Une femme consulte son médecin pour lui demander de bien vouloir pratiquer une déstérilisation. Plusieurs années auparavant, elle avait

subi une ligature des trompes parce qu'elle ne voulait plus d'enfant. Depuis lors, elle a divorcé puis a retrouvé un homme avec qui elle se dit très heureuse. Elle voudrait un enfant de lui.

À ce moment-là, le médecin se trouve à un carrefour : il peut simplement tenir compte de la demande explicite de sa patiente et agir en conséquence, mais il peut aussi refuser d'agir immédiatement et s'interroger sur le sens de cette demande. Nous nous proposons de montrer que, dans le second cas, le médecin se situe au point de passage d'une stricte position médicale à une position psychothérapique, qui permettra de comprendre les motivations inconscientes de la patiente.

Dans la première perspective, le médecin examine attentivement la patiente et juge des possibilités et des chances de succès de l'intervention. Après quoi il prend sa décision : accepter la demande concrète ou la refuser. Dans un tel cas, le médecin répond à la demande par un acte médical. Cette décision peut dépendre de différents facteurs : somatiques bien sûr, mais aussi sociaux et même psychologiques.

Il arrive aussi que le médecin se sente mal à l'aise face à la requête de sa patiente : par exemple, cette dernière qui paraît trop fragile, ses moyens d'existence qui sont précaires, sa liaison sentimentale qui semble peu sûre, etc. Dans ces conditions, il sera aussi incliné à refuser ou, tout au moins, à résister. Mais ce qu'il refusera, c'est simplement l'intervention demandée, alors que la patiente courra le risque de se sentir simplement rejetée par le praticien. En réalité, une fois encore, le médecin répond par un acte concret en réaction à la demande de la patiente ; cette réaction est justifiée par des faits compréhensibles, mais extérieurs à la relation thérapeutique. Le médecin décide ce qu'il faut faire, mais il n'incite pas la patiente à comprendre ce qui se passe en elle.

Dans ces deux cas, l'activité du médecin sera motivée par des raisons que l'on pourrait qualifier d'externes : l'état somatique de la patiente ou sa situation socio-familiale.

Il peut aussi arriver que la réaction du praticien soit motivée par le comportement même de la malade. En effet, cette dernière peut se montrer irritante par son attitude revendicatrice, par ses exigences répétées, par ses constantes récriminations ou ses ergotages, par ses incessantes contestations au sujet des examens qui lui sont proposés. Ici, c'est essentiellement la relation médecin-malade qui est en jeu et l'on arrive au carrefour où la psychologie du sujet est concernée ; l'attitude médicale peut être essentiellement liée à ce dernier facteur.

Par exemple, si les risques somatiques sont négligeables, le médecin peut simplement accepter, sans discussion, de faire l'intervention,

un peu comme s'il voulait se débarrasser au plus vite d'une patiente importune. Mais il peut aussi refuser d'intervenir en arguant du fait que les conditions sont peu favorables. Dans les deux cas, une fois encore, il réagirait surtout par un acte (acceptation ou refus) au comportement de la patiente.

Pourtant, le praticien peut aussi ne faire ni l'un, ni l'autre : ni accepter, ni refuser, mais *s'interroger* sur le sens de la démarche. À cet instant, il *remplace l'action par la pensée*, et c'est là le *point de démarcation de l'attitude psychothérapique par rapport à l'activité médicale*. Il ne s'agit pas encore de psychothérapie, qui est une technique obéissant à des règles précises, mais d'une condition nécessaire à la psychothérapie : le psychothérapeute se refuse d'agir et cherche à comprendre.

On me dira que tous les médecins réfléchissent avant d'agir, ce qui est parfaitement exact, mais c'est le modèle de référence, qui change. Pour le médecin, ce qui compte avant tout, c'est le corps. Pour le psychothérapeute, c'est évidemment ce que l'on appelle parfois la psyché ou, si l'on préfère, le psychisme : on se demande les raisons de la requête faite par le malade à ce moment. C'est en ceci que l'attitude psychothérapique se démarque de l'attitude médicale au moment où une difficulté apparaît dans la relation médecin-malade.

La psychothérapie commence, disait Daniel Widlöcher, là où le thérapeute utilise la relation pour aider son patient à changer (1970). Précisons que, plus exactement, la psychothérapie commence là où le thérapeute s'interroge sur la relation qu'établit le malade avec lui. Mais répétons-le, cette interrogation n'est pas la psychothérapie, il s'agit d'une condition nécessaire, mais non suffisante.

La psychothérapie est affaire du spécialiste ; elle est une technique rigoureuse, fondée sur une théorie étiologique cohérente et qui vise à permettre au patient de changer. Elle nécessite la mise en place d'un cadre précis (aménagement des lieux, horaires réguliers, etc.) et implique, pour le psychothérapeute, une formation longue et approfondie. Il s'agit donc d'un traitement ayant des indications et des contre-indications précises et qui, comme les médicaments, a ses effets secondaires. Les psychothérapies *stricto sensu* se réfèrent à un modèle cohérent du fonctionnement psychique et visent un but déterminé. Ainsi, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique veulent permettre au patient de résoudre les conflits intrapsychiques qui sous-tendent les névroses et les états-limites. Les psychothérapies fondées sur les théories du conditionnement cherchent, avant tout, à supprimer des symptômes. Enfin, les psychothérapies d'orientation systémique centrent leur action sur les relations interpersonnelles et sont particulièrement indiquées dans les situations de conflits familiaux ou sentimentaux. Ceci revient à dire que l'on ne peut prétendre

traiter l'ensemble de la psychopathologie par des psychothérapies, ce qui paraît une lapalissade. Nombreux sont les troubles qui nécessitent la prescription de médicaments ou la mise en œuvre de mesures sociales. Cependant, un point de vue psychothérapique peut être extrêmement utile pour l'ensemble de la médecine, si l'on veut assurer le maximum de chances de succès au traitement que l'on instaure. Nous abordons ici la question des prescriptions thérapeutiques. Ce que nous voudrions démontrer, c'est que l'on gagne énormément à considérer, d'un point de vue psychothérapeutique, l'ensemble des mesures que l'on prend pour un patient.

Ainsi, dans l'exemple de la demande de déstérilisation, nous nous demanderons ce qui pousse cette patiente à faire cette requête maintenant. Elle a bien donné une première réponse : elle voudrait donner un enfant à son nouveau partenaire. Mais cette réponse suffit-elle ? Peut-être, si l'on considère que la patiente est entièrement responsable de ses actes. Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples et des facteurs échappant à la conscience de la malade peuvent jouer un rôle. C'est à ces éléments inconscients que le psychothérapeute s'intéresse. Pour les déceler, il dispose de trois ordres de moyens : le cadre psychanalytique, l'analyse de la motivation de la patiente, l'analyse de la relation patient-psychothérapeute.

2.2. Le cadre psychanalytique

Toutes les relations humaines se fondent sur une part d'imaginaire, une part de rêve que l'on dénomme fantasmes. Ces fantasmes ont été forgés au cours du développement psychique des individus. En somme, on imagine celui que l'on rencontre à partir de ses expériences passées, bonnes ou mauvaises, et ce sont ces représentations qui peuvent être source d'angoisse. Dans cette rencontre, un seul regard peut évoquer l'univers :

« Les soleils mouillés
De ces ciels brouillés
Pour mon esprit ont les charmes
Si mystérieux
De tes traîtres yeux
Brillant à travers leurs larmes. »

Mais les yeux de la belle ressemblent-ils vraiment à des soleils sous la pluie ? Non. Cela, c'est Baudelaire qui l'a vu, en se fondant sur son propre imaginaire : il a pensé l'autre à son image. C'est à

cette image que le psychothérapeute s'intéresse. Mais comment la mettre en évidence ? Tous les patients ne sont pas des poètes comme Baudelaire et peu savent exprimer ainsi leurs pensées profondes.

Pour tenter d'accéder à ces pensées profondes, Freud a inventé le cadre psychanalytique où le patient étendu sur un divan, sans possibilité de voir son psychanalyste, n'a d'autre recours que d'évoquer son imaginaire. Mais Freud a-t-il vraiment inventé le divan ? En réalité, en 420 avant Jésus-Christ, Aristophane, dans un passage de sa pièce *les Nuées*, fait dire à Socrate de prier le vieux Petridès, qui le consulte pour des problèmes d'argent, de s'étendre sur un divan pour réfléchir en toute liberté à la solution de ses problèmes. Il y a deux millénaires et demi, Aristophane avait déjà inventé le divan et découvert son pouvoir. En effet, dans la scène, après bien des associations, Petridès en arrive à la solution idéale : décrocher la lune et pouvoir ainsi rembourser ses dettes !

Être sur le divan permet à l'imaginaire de prendre le pas sur la réalité et, dans l'imaginaire, tout est possible. Le divan est l'un des moyens que l'on utilise en psychanalyse pour permettre au patient de parler de lui-même, de découvrir ses aspirations les plus secrètes. Il va sans dire que ce moyen n'est guère utilisable pour un cas comme celui de notre patiente stérilisée, et le psychothérapeute, si on le consulte, devra se fonder sur d'autres critères pour essayer de comprendre les motivations cachées de la malade. C'est ici qu'interviennent les deux autres moyens évoqués : l'analyse de la motivation ayant conduit la patiente à la consultation et l'analyse de la relation médecin-malade.

2.3. La motivation

Rappelons ici que l'homme, de la naissance à l'âge adulte, passe d'un état de dépendance quasi total à un état d'autonomie. Cette évolution se fait par paliers successifs, par phases critiques (naissance, complexe d'Œdipe, adolescence, mariage, début de la profession, etc.). Cette évolution peut se faire normalement et sans trop de problèmes, mais certains sujets peuvent rester fixés à des positions qualifiées parfois de « régressives » et avoir grand-peine à évoluer vers des positions plus mûres. La « cause » peut en être un déficit génétique, une défaillance organique due, par exemple, à un traumatisme périnatal, mais elle peut aussi être liée à un dysfonctionnement familial : famille qui ne sait pas s'adapter aux besoins de l'enfant (déficit acquis). Ces sujets peuvent alors garder des comportements qui sont

plutôt ceux de l'enfant. Ils auront besoin d'un fort appui de l'entourage (anaclitisme) pour subsister. Si cet appui leur est retiré, une crise pourra apparaître. D'autres, au contraire, supporteront mal toute régression et adopteront des attitudes « hypermûres », hyperactives : ils tendront à s'occuper des autres et supporteront mal qu'on doive s'occuper d'eux. Dans ces cas-là, la crise apparaîtra lorsqu'un proche (le conjoint, par exemple) manifestera un besoin d'autonomie, ou lorsqu'ils seront placés dans une situation d'inactivité forcée (maladie, accident, chômage, etc.). Elle pourra aussi surgir lors de la rencontre d'un être qui plaît tellement qu'on craint de le perdre à peine l'a-t-on connu. C'est probablement le cas de notre patiente, mais nous y reviendrons.

C'est à ce niveau-là qu'on pourra parler de facteurs spécifiques de crise relationnelle, ces facteurs se situant entre les deux pôles extrêmes : besoin excessif de dépendance – refus excessif de dépendance. Pour mettre en évidence ces facteurs, il s'agit de comprendre comment le sujet malade utilise son milieu relationnel pour maintenir son équilibre psychique.

Revenons à notre patiente. Cette dernière consulte pour obtenir une déstérilisation. D'un point de vue psychothérapique, nous allons donc nous interroger sur les motivations de cette requête, partant de l'hypothèse que cette dernière a lieu dans un moment de crise : la patiente s'adresse au médecin pour résoudre un problème actuel ; la première question qui se pose est celle-ci : pourquoi cette patiente, qui a voulu une stérilisation, revient-elle sur sa décision ?

Deuxième question : l'avait-elle jadis vraiment voulue et qu'est-ce qui la fait changer d'avis ?

Elle dit qu'elle veut un enfant de son nouveau compagnon, mais alors, lorsqu'elle avait obtenu sa stérilisation, n'avait-elle pas fait une erreur de jugement : c'était son premier mari qu'elle refusait et non la maternité. Auquel cas, il eût mieux valu l'aider à affronter ce conflit que pratiquer une stérilisation.

Le médecin d'alors n'aurait-il pas dû s'en apercevoir et en discuter pour permettre à la patiente de prendre une décision plus adéquate ? On voit d'emblée ici un problème : une telle interrogation risque d'inciter le psychothérapeute à entrer mentalement en conflit avec son confrère gynécologue, ce qui le place dans une position inconfortable et pourrait l'inciter à fermer les yeux. Or le questionnement psychothérapique consiste précisément à *ouvrir les yeux sur les conflits*, qu'ils soient interpersonnels ou qu'ils soient intrapsychiques. Mais il ne s'agit pas de critiquer le confrère, il s'agit simplement de comprendre les racines des conflits et non de prendre parti. C'eût été beaucoup demander au gynécologue que de faire ce travail, mais

peut-être la collaboration du psychothérapeute pourrait-elle être profitable, non pour entreprendre une psychothérapie, mais pour donner un avis.

Pour ce faire, le psychothérapeute partira de l'hypothèse que ce qui l'a incitée à consulter le gynécologue est motivé par une crise que doit affronter la patiente avec ses proches. Il interrogera donc cette dernière sur le *contexte affectif* qui a précédé sa venue. En l'occurrence, ce contexte est assez simple : cette femme, après un échec conjugal douloureux, vient de renouer une relation sentimentale à laquelle elle paraît tenir. Surgit alors la question : ne serait-ce pas que la malade craint de perdre son ami ? En ce cas, ce ne serait pas un enfant qu'elle voudrait, mais un moyen de garder son homme auprès d'elle. Il ne s'agit évidemment que d'une hypothèse sommaire qu'il convient de vérifier.

Le psychothérapeute recourt donc au troisième moyen mentionné : l'analyse de la relation que la patiente établit avec lui. Cette analyse permettra de vérifier la validité de l'hypothèse et de déterminer les angoisses qui motivent le comportement de la patiente.

2.4. La relation patient-psychothérapeute

L'analyse de la relation qu'établit le patient avec le psychothérapeute donnera plus de poids à notre première hypothèse. En effet, lors du premier contact, le patient se trouve pratiquement dans une situation comparable à la situation psychanalytique. En effet, les caractéristiques du premier entretien sont les suivantes :

- le patient ne sait rien du thérapeute qu'il va rencontrer, il n'en connaît que le statut ;
- le thérapeute ne sait rien du patient, il n'en connaît que le statut.

Au départ, chacun ne s'appuie donc que sur son imaginaire. Le patient attend quelque chose du thérapeute et vice-versa. L'observation de cette rencontre va nous fournir d'inestimables renseignements. En effet, lorsqu'un homme rencontre un autre homme pour la première fois il n'a, comme point de repère, que ses propres attentes. Il « imagine » l'autre, il lui donne un rôle bien précis. Il sait plus ou moins bien ce qu'il attend de l'autre, mais non ce que l'autre est. Dans ces conditions, son attitude dépend énormément de sa *personnalité*. Dans la consultation, le patient s'efforce alors, inconsciemment, d'influencer le médecin pour le faire correspondre à ses propres attentes. Ainsi, la manière dont le sujet aménagera sa relation au thérapeute

fournira un nombre considérable d'informations sur l'*organisation de ses désirs*. Par conséquent, pour en savoir plus, on s'efforcera de déterminer la manière dont le malade cherche à utiliser le psychothérapeute.

Examinons maintenant notre patiente à la consultation du psychothérapeute. Il s'agit d'une femme ayant dépassé la quarantaine, qui provoque un malaise par son habillement de petite fille excentrique. Elle se montre d'emblée très volubile et vante exagérément les qualités du gynécologue : il est extraordinaire, il a déjà réussi des opérations merveilleuses et, en plus, il est beau !

Au fil des minutes, le psychothérapeute sent monter en lui l'irritation. Il aurait envie de calmer l'agitation de cette patiente et de la ramener à une vision plus adéquate de la réalité. Cependant, fort de son expérience, il s'en garde bien et s'efforce de comprendre la signification du comportement de cette femme. Il s'aperçoit alors que l'agitation dissimule une forte angoisse et que le monde semble divisé en deux : les bons et les mauvais. Le bon, c'est le gynécologue ; le mauvais, c'est le psychothérapeute qui s'irrite. Mais pourquoi ce dernier risque-t-il d'être mauvais ? La réponse à cette question, il peut la lire en lui : il a envie de ramener cette patiente à une vision plus adéquate de la réalité. Et cette réalité quelle est-elle ? Elle se trouve là, cruelle, sous ses yeux : cette femme veut paraître plus jeune qu'elle n'est en réalité. Ainsi, en quelques minutes, le psychothérapeute s'est forgé une hypothèse : sa patiente a peur qu'il ne la confronte à la réalité, qu'il ne lui dise qu'elle n'est pas aussi jeune qu'elle le voudrait et qu'il ne réagisse ainsi négativement à la demande de déstérilisation. Le voilà donc pris dans une situation cornélienne : s'il dit non, il sera responsable du malheur de cette femme qui n'aura pas d'enfant ; s'il dit oui, il sera aussi responsable de son malheur, car il l'enverra au devant de grandes désillusions : peut-être ne deviendra-t-elle pas enceinte, mais surtout, elle ne récupérera jamais sa jeunesse. Dans les deux cas, il aura tort.

Dès lors, comment sortir de cette impasse ? Comment prendre le parti de cette femme sans la rendre malheureuse ?

Cette issue, c'est *l'interprétation* qui l'offre, car agir est impossible, seule la parole peut aider. L'interprétation a pour but d'offrir au patient de choisir sa voie, mais en connaissance de cause.

La catégorisation sommaire que le malade fait de l'humanité en bon et mauvais (le psychanalyste parle de « clivage de l'objet »), cette catégorisation est caractéristique des troubles limites de la personnalité. De tels troubles sont liés d'ordinaire à de graves carences de l'image paternelle. Sachant cela, le psychothérapeute interrogera la patiente sur son père. Celle-ci décrit alors ce dernier comme un

être insignifiant, sur lequel il était impossible de compter. Les conditions requises pour une interprétation sont alors remplies et le psychothérapeute ne prend aucune décision, il fait à peu près le commentaire suivant :

> « Madame, vous avez demandé à retrouver votre fertilité. Je n'ai pas à me prononcer sur cette décision, elle vous appartient. Par contre, de nombreux signes semblent montrer que vous êtes angoissée et cette angoisse ne me paraît pas liée à la question de l'enfant. Vous avez rencontré un homme auquel vous tenez, et vous semblez peu sûre de pouvoir le garder. Mais cette insécurité ne paraît pas liée à cet homme en soi, ni au fait qu'il est un peu plus jeune que vous, comme vous me l'avez dit. Je crois que cette insécurité vous la portez en vous depuis longtemps, probablement depuis l'enfance puisque vous m'avez dit que vous ne pouviez pas compter sur votre père. Tout se passe comme si vous aviez constamment considéré qu'on ne peut compter sur les hommes. Il est normal qu'au moment où vous êtes amoureuse, votre inquiétude resurgisse. À mon avis, vous devriez y songer avant de prendre une décision. »

Dans la majorité des cas, après une telle intervention, le patient demande à réfléchir et, quelle que soit sa décision, la situation sera meilleure.

3. LES INTERVENTIONS PSYCHOTHÉRAPIQUES BRÈVES

Nos recherches sur les psychothérapies brèves nous ont conduit à développer une technique d'intervention psychothérapique visant à mieux structurer la prise en charge initiale des patients et à mieux préciser les indications pour des psychothérapies psychanalytiques de brèves ou de longues durées. On pourrait la considérer à la fois comme une méthode d'évaluation des motivations du patient et comme un premier pas thérapeutique (Gilliéron, 1989). Elle permet de mieux structurer la prise en charge initiale des patients et d'améliorer la formation des médecins-assistants.

Pour introduire le sujet, nous évoquerons, une fois encore, le cas de « l'Homme aux loups ». On sait que ce noble Russe a été revu par différents psychanalystes, en particulier Ruth Mc Brunswick, après

son traitement chez Freud, et qu'il a accepté de rédiger une brève autobiographie. En réponse à Muriel Gardiner, qui avait réuni une série de textes le concernant et lui demandait de parler de sa psychanalyse chez Freud, il écrit ceci :

> « J'en viens maintenant à la question la plus difficile : pourrais-je écrire, après la parution du livre, ce qui serait pour ainsi dire une analyse de mon analyse chez le professeur Freud (sous la forme d'un article séparé) ?
> Je crois que cela serait difficilement possible, car quand je me rendis chez le professeur Freud, la question la plus importante pour moi était de savoir s'il était d'accord ou non pour que je revienne à Thérèse. Si le professeur Freud, comme les autres médecins, avait répondu "non", je ne serais sûrement pas resté chez lui. Comme il était d'accord, non immédiatement, mais dans un avenir rapproché, je suis resté chez lui. Cette solution positive du problème principal qui m'occupait alors contribua naturellement beaucoup à l'amélioration rapide de mon moral. Ce fut un facteur très important, mais qui était situé hors de l'analyse chez Freud.
> En ce qui concerne particulièrement la cure, on sait que dans tout traitement psychanalytique – et le professeur Freud l'a lui-même souvent souligné – le "transfert" du complexe du père sur le psychanalyste joue un très grand rôle. En cette matière la situation pour moi, quand je vins chez le professeur Freud, était très favorable. Car, premièrement, j'étais encore jeune, et plus on est jeune, plus le transfert positif sur l'analyste est réussi. Deuxièmement, mon père venait de mourir, et ce vide fut complété par la personnalité si exceptionnelle du professeur Freud. J'avais ainsi trouvé un nouveau père, avec lequel je m'entendais beaucoup mieux que naguère avec mon propre père. De son côté, le professeur Freud avait personnellement beaucoup de sympathie pour moi. Il le mentionna souvent dans la cure, ce qui naturellement renforça mon lien avec lui. » (Gardiner, 1981, p. 105.)

Ce fragment de lettre est extrêmement intéressant en ceci que « l'Homme aux loups » y exprime clairement les motivations l'ayant conduit chez le « professeur Freud » et ses attentes initiales, c'est-à-dire l'ensemble des éléments constituant ce que nous appelons le « prétransfert ». Son père venait de mourir. De plus, il était tombé amoureux d'une jeune femme et se heurtait à l'opposition de son entourage, qui semblait avoir repris à son compte les interdits paternels. Il « attendait » donc de rencontrer un appui plus positif, appui qu'il a trouvé chez Freud.

Ce passage illustre bien notre thèse selon laquelle la grande majorité des patients qui nous consultent spontanément le font essentiellement parce qu'ils cherchent un « objet de rechange », confrontés qu'ils sont à un risque de rupture dans leurs relations avec l'entou-

rage. Ils sont en quête de l'objet perdu. Ils le font très souvent pour éviter d'avoir à changer les caractéristiques fondamentales de leurs relations à leur entourage. Dans ces conditions, leur désir profond n'est pas de changer, mais de rétablir l'équilibre antérieur. L'Homme aux loups l'exprime très clairement : « Si le professeur Freud, comme les autres médecins, avait répondu "non", je ne serais sûrement pas resté chez lui. » Ce dernier ayant dit : « Oui, mais plus tard... », l'Homme aux loups a accepté de patienter, comme il le précise lui-même dans ses mémoires, et, cinq ans plus tard, à la fin de sa psychanalyse, il a présenté sa fiancée Thérèse à Freud, qui l'a trouvée fort sympathique...

Nous serions enclin à penser que ces cinq ans d'attente avant le mariage sont de bien longues fiançailles et nous nous interrogerons sur la véritable nature des prises de conscience du patient. Notre propre interprétation serait la suivante : après la mort de son père, l'Homme aux loups a constamment recherché des substituts paternels (ce qu'il confirme lui-même au long des pages consacrées à ses souvenirs). Cette recherche de substitut paternel était provoquée par un manque d'identification claire à une image paternelle forte et sécurisante, identification qui lui aurait permis de s'orienter clairement dans l'existence. Lorsqu'un homme est confronté à ce genre de problème, il lui est extrêmement difficile de se déterminer quant au choix d'une profession ou d'un amour. On assiste alors très souvent à l'éclosion de difficultés psychologiques à l'entrée à l'Université ou lors des premiers émois amoureux. En effet, chacune de ces situations réveille de fortes angoisses. Un des moyens les plus efficaces de lutte contre l'angoisse est le recours, chez les adolescents, à des comportements mobilisant les parents. C'est ce qu'a fait l'Homme aux loups qui, après avoir hésité dans ses études, s'est adressé à son père, dont, de son propre aveu, il s'est rapproché pour la première fois. Son père n'ayant pas répondu à ses attentes, l'Homme aux loups a vu ses symptômes augmenter et a fini par être placé en sanatorium, où il est tombé, bien sûr, éperdument amoureux d'une jeune femme. Notons ici que cette hospitalisation est le signe que le père avait déjà passé la main aux médecins avant de décéder ; l'Homme aux loups ne pouvait donc garder que des sentiments contradictoires à l'égard de ce père qui s'était, une fois encore, montré insuffisant. À la suite de son deuil, il est parti en quête d'un « bon père » en demandant à chaque médecin qui s'occupait de lui un avis sur la femme dont il était amoureux. Il paraissait rechercher une approbation, mais le portrait de Thérèse, femme fragile, et les sentiments passionnés et peu réalistes de l'Homme aux loups ne pouvaient que susciter une réaction « normale » de protection de la part des médecins. Ces derniers ne pouvaient que chercher à rendre le sujet attentif à ce problème et lui

déconseiller la poursuite de ces amours. C'est ce qu'ont fait la plupart des médecins consultés. Seul Freud a répondu : « Oui, mais... », ce qui pouvait être une démarche habile puisqu'elle laissait le patient libre de poursuivre ses fantasmes, mais avec l'appui d'un « bon père ». Ainsi le patient n'était plus seul, comme il le dit lui-même. Mais, ce faisant, Freud était pris dans un piège : il se devait constamment de rester près du patient puisqu'il avait pour fonction de remplacer le père (et l'histoire nous dit que, bien après l'analyse encore, Freud s'est occupé de cet homme, en faisant des collectes pour lui par exemple).

Compte tenu de nos études sur les premières consultations et sur les motivations à consulter, nous aurions rendu le patient attentif au fait que sa demande de conseil au sujet de Thérèse (sa fiancée) montrait qu'il n'était pas assez sûr de lui pour se déterminer personnellement ; que cette insécurité s'était déjà manifestée au moment du choix des études. Dans ces conditions le problème n'était pas tellement Thérèse que son besoin de se référer à une image paternelle sûre et sécurisante : une fois ce problème résolu, la question de Thérèse se résoudrait d'elle-même. Nous aurions donc mis l'accent sur le fait que le patient *demandait un avis* et non sur le contenu de la demande du patient. C'est à cela que nous aurions donné sens. Ce type d'intervention a l'avantage de montrer au patient que l'on a compris ses attentes et de *dégager l'analyste* de son rôle de substitut : de substitut il devient réellement psychanalyste ! C'est ce genre de démarche que nous avons tenté de codifier dans notre technique de prise en charge initiale en quatre séances.

Ceci nous confronte à la question de l'interprétation et du changement psychique. Nous nous demanderons donc : qu'est-ce qu'une relation thérapeutique, et qu'est-ce qu'un changement ?

3.1. Relation thérapeutique et changement psychique

La relation thérapeutique concerne tout ce qui se passe entre le thérapeute et le patient ; c'est ce qui définit les échanges. Elle s'inscrit à l'intérieur du cadre, avec lequel elle entretient un rapport dynamique.

On dit parfois que la psychothérapie commence là où le médecin se met à utiliser la relation médecin-malade dans un but thérapeutique. Cela revient à dire qu'en psychothérapie le médecin s'utilise

lui-même comme médicament pour son patient. Mais comment cela se passe-t-il ?

Un sujet entre dans le bureau d'un médecin quelconque, par exemple le médecin généraliste. Assez arrogant, il se met à agresser d'emblée le praticien, disant qu'il l'a consulté contre son gré, parce que son épouse l'y a poussé et rien d'autre, que lui-même n'a que faire des interventions du médecin mais que, puisque c'est la condition posée par la conjointe pour poursuivre la relation, il a bien voulu voir. Lui-même ne souffre pas ou très peu et pense qu'il faut compter sur soi seulement. À ce moment de l'entretien, le médecin se trouve placé à un carrefour. La réaction « normale » serait peut-être de dire : « Mais puisque vous n'avez aucune envie de consulter, pourquoi êtes-vous là ? Dites à votre femme de consulter elle-même, ou revenez quand vous en aurez vraiment l'envie. » À ce niveau-là le médecin s'en tiendrait exclusivement à ce qui est dit dans la relation, au phénomène conscient, concret, manifeste. Mais le médecin pourrait avoir une autre attitude : ne pas répondre d'emblée, et se demander *pour lui-même* ce qui motive le comportement du patient : pourquoi est-il si arrogant, pourquoi refuse-t-il si violemment l'intervention médicale, qu'est-ce qui le pousse, sans raison apparente, à se montrer aussi peu collaborant ? Le médecin chercherait à comprendre les motivations du comportement du patient. On peut dire que ce serait là le point zéro de la psychothérapie, moment où le médecin n'agit plus ou ne réagit pas, mais retient son acte pour se mettre à réfléchir. Une telle relation psychothérapique se fonde donc sur un refus de réagir et sur un désir de comprendre. Le médecin adapte ensuite son action, son attitude, à la compréhension qu'il a du comportement du patient et de ce qui est dit par lui et son action prend alors un caractère psychothérapique. De fait ce mode de comportement vise à remplacer l'agir par la pensée. Il est tout à fait caractéristique des mesures psychothérapiques inspirées de la psychanalyse : il s'agit d'ouvrir l'espace psychique, de créer des conditions où l'imaginaire a sa place dans la relation. On le voit, le comportement du médecin renvoie clairement à la théorie sous-jacente. Il va sans dire qu'un « comportementaliste » adopterait une tout autre attitude ! Le mode relationnel imprimé par le thérapeute dépend étroitement de la théorie sous-jacente ; il existe donc un rapport dynamique étroit entre la théorie et la « pratique relationnelle ». Il n'empêche que ceci ne suffira plus à qualifier la psychothérapie et qu'il convient de faire intervenir une notion supplémentaire, celle du « cadre ».

Sur la base de nos études portant sur la demande initiale, lors de la première consultation, nous avons tenté d'utiliser les forces dynamiques agissant alors et de structurer un mode de prise en charge en quatre séances susceptible d'être appliqué à la majorité de nos

patients. L'idée fondamentale est qu'un grand nombre de malades n'attendent pas obligatoirement un changement profond lors de leur venue chez le psychiatre, mais plutôt un soulagement immédiat. En effet, dans la grande majorité des cas, le patient ne se décide à consulter que lorsqu'il y est contraint par une *crise*. C'est de la manière de traiter cette situation de crise qu'il sera question. Face à toute crise, le patient se trouve partagé entre deux tendances : l'espoir de retrouver l'état antérieur, solution la plus facile, et l'espoir de trouver enfin la force de changer. Lorsqu'il s'adresse au psychiatre, il demande d'ordinaire *consciemment* à changer, mais son *espoir inconscient* est de retrouver le bien-être, sans avoir à affronter ses angoisses. C'est aussi cela qu'il attend de son thérapeute. Notre intervention initiale, d'inspiration psychanalytique, concernera donc cette ambivalence du début en cherchant, par une interprétation initiale (que nous avons appelée « interprétation initiatique »), à confronter le patient à la problématique inconsciente qui l'a conduit à la consultation. Il s'agit donc d'une manière de traiter la demande initiale.

Les psychothérapies brèves, à proprement parler, se distinguent de la psychanalyse par les différents paramètres qui peuvent varier d'un auteur à l'autre, mais les caractéristiques générales en sont :

- une limitation temporelle plus ou moins rigoureuse établie d'emblée ;
- le « face à face » par opposition au « divan-fauteuil » psychanalytique.

Selon nos observations, le cadre institué permet le déroulement d'un processus dont nombre de caractéristiques sont comparables à celles du processus psychanalytique lui-même, la principale étant un processus associatif avec *insight*, ce dernier marquant les changements psychiques intervenus.

En ce qui concerne le thème de ce chapitre, il est important de noter que l'engagement dans un tel processus analytique implique en soi un profond changement par rapport à la vie normale : accepter de renoncer à une relation « normale » (ou « réelle »), pour établir une relation essentiellement médiatisée par « l'imaginaire » : le processus psychanalytique. Ce passage fondamental suppose un mouvement dépressif : deuil de gratifications réelles, deuil d'une forme de relation à un objet extérieur, deuil indispensable et normal, si l'on peut dire.

Ce passage concerne ce que nous avons dénommé « *phase du changement initial* », fondement de toute prise en charge psychothérapique. Or ce moment de passage nous a paru particulièrement intéressant à étudier dans la mesure où il y a, dans la plupart des premières consultations psychiatriques, une sorte de phénomène de résonance entre les attentes du patient et celle du psychothérapeute.

Ce phénomène de résonance se reflète, par exemple, dans les constatations que nous avons pu faire, dans une recherche sur les ruptures précoces de psychothérapie (Despland, 1994) : nous avons remarqué que, toutes thérapies confondues, il y a beaucoup plus de ruptures précoces de la relation thérapeutique chez les patients ayant été confrontés à un important problème relationnel (deuil, divorce, séparation des enfants, etc.) durant les six mois précédant la première consultation ; cela semble bien confirmer la thèse que le patient cherche à reproduire, dans sa relation précoce au thérapeute, le conflit actuel qui l'oppose à ses objets significatifs.

À notre avis, il est indispensable d'être attentif à ces phénomènes au moment de s'interroger sur la nécessité et la possibilité d'une psychothérapie, dans la mesure où la venue du malade à la consultation peut, en réalité, traduire un refus de prendre conscience de ses problèmes personnels et aurait alors une fonction de résistance.

Cette phase concerne donc ce qui se passe *avant* l'institution du cadre psychothérapique, à savoir la phase dite d'investigation.

3.2. Équilibre psychique et relation d'objet

Il n'est pas inutile de rappeler ici que notre approche se fonde sur ce que nous avons dénommé « étayage objectal de l'équilibre psychique ». En effet, on peut considérer que tout équilibre psychique se fonde sur un triple appui :

- appui biologique, ne se résumant pas au simple facteur constitutionnel, mais concernant aussi l'état physiopathologique du sujet tout au long de l'existence ;
- appui intrapsychique : organisation endopsychique individuel telle que la conçoit la psychanalyse ;
- appui relationnel : l'équilibre du sujet se fonde non seulement sur ses relations objectales internes (images) mais encore sur les relations interpersonnelles significatives, ce que nous avons dénommé « étayage objectal ».

Ce dernier point nous a paru particulièrement important pour les interventions psychothérapiques brèves.

3.2.1. Relation d'objet, relation thérapeutique et interventions initiales

Pour en revenir à la question de la période d'investigation, nous dirons qu'elle est d'une importance extrême pour l'avenir de la rela-

tion thérapeutique. Par exemple, dans le travail de thèse cité, J.-N. Despland a pu mettre en évidence aussi le fait qu'il existe une nette différence dans l'évolution de la relation thérapeutique, selon que la phase d'investigation est de longue ou de brève durée : lorsque l'investigation dépasse trois séances, l'évolution est nettement moins bonne.

Ainsi, on peut considérer que la première intervention thérapeutique sera fondamentale, dans la mesure où c'est d'elle que dépendra l'avenir de la relation thérapeutique. Selon nous, elle doit avoir valeur d'interprétation initiale, dont le but est toujours le même : offrir au patient la possibilité de « choisir » soit de réaménager rapidement son système de défense dans un changement a minima, soit de s'engager dans un processus élaboratif d'orientation psychanalytique.

3.2.2. Interprétation initiale

La technique en est assez bien codifiée et peut se résumer ainsi :

- mettre en évidence le *contexte relationnel* dans lequel sont apparus les symptômes ;
- définir la *crise et le changement* susceptible de se produire ;
- montrer le *conflit interne* auquel ce changement confronte le patient ;
- donner *sens aux symptômes*.

De telles interprétations ont une valeur de changement indéniable. Leur efficacité semble tenir au fait que le patient consulte presque toujours dans une situation critique où ses liens objectaux sont en danger. Le recours au psychothérapeute est inconsciemment motivé par le désir d'une sorte de lien substitutif : le thérapeute devrait pallier la défaillance de l'objet ; par exemple : « Si je n'ai plus d'ennemi, mon thérapeute fera l'affaire », semblent se dire nombre de patients qui réagissent négativement à toutes les propositions thérapeutiques que l'on peut leur faire. Cette mise en échec du thérapeute, caractéristique des hystériques, vise, en réalité, leurs partenaires. Dans ces cas, la consultation a lieu au moment où le conjoint, las des réticences de son épouse (époux), noue une liaison extra-conjugale ou songe à divorcer. Le double jeu joué par le(la) patient(e) vise à préserver le lien au mari (à l'épouse) : « Ce n'est pas à lui (elle) que je résiste, mais au thérapeute. »

En l'occurrence, l'interprétation donnée par le thérapeute donne un sens au jeu et, comme nous l'avons montré ailleurs, offre la possibi-

lité de passer du registre de l'agir au registre du symbolique (Gilliéron, 1983 et 1987). C'est une manière de se dégager de la relation substitutive (soutien) recherchée par le patient.

Cette phase concerne le changement initial que je considère indispensable avant tout engagement dans une psychothérapie analytique : deuil de l'objet-thérapeute, investissement de l'objet interne. Fort de ces constatations, nous en sommes arrivé à proposer l'utilisation concertée et codifiée de cette phase du changement initial, ce que nous avons dénommé « interventions psychothérapiques brèves », pour les différencier des « psychothérapies brèves » à proprement parler.

3.3. Interventions psychothérapiques brèves

Les consignes sont les suivantes : pour chaque nouveau patient consultant, le thérapeute dispose de quatre séances au bout desquelles il doit décider, d'un commun accord avec son malade, soit la fin de la prise en charge, soit l'engagement dans un traitement quelconque, de plus ou moins longue durée ; ceci doit être notifié au patient dès le premier entretien. Le déroulement est le suivant :

3.3.1. Les séances

Première séance :

- mise en évidence des éléments fondamentaux permettant d'émettre une hypothèse psychodynamique expliquant le pourquoi de la venue du patient à la consultation ;
- recherche des éléments fondamentaux de l'interprétation initiale qui doit permettre d'indiquer au patient
  - la nature du changement se produisant en lui et les angoisses qui lui sont liées,
  - le rapport présent-passé ;
- interprétation initiale, donnée d'ordinaire en fin de séance ou au début de la deuxième séance.

Si le thérapeute renonce à donner son interprétation, il conclut simplement l'entretien en disant qu'il va réfléchir. L'intervalle entre le premier et le deuxième entretien offre alors une possibilité d'élaboration et de préparer son interprétation ; nous n'entendons pas, par là, une préparation intellectuelle, mais insistons sur l'auto-analyse du

thérapeute : mise en évidence de la contre-attitude, mise en rapport de cette dernière avec la problématique du patient.

Deuxième et troisième séances. Elles sont consacrées à l'élaboration des réactions du patient à l'interprétation initiale.

Quatrième séance. C'est celle de la décision.

L'effet de ces consignes sur la formation des jeunes thérapeutes est remarquable et permet :

- de mieux structurer les premiers entretiens ;
- de permettre aux assistants en formation de mieux saisir les rapports entre contenus manifestes et contenus latents des plaintes des malades ;
- de pressentir plus clairement la nature du fonctionnement de l'inconscient.

De nombreux patients décident de terminer leur traitement au quatrième entretien, en apportant les preuves d'un changement de fonctionnement psychique bien moins superficiel qu'on ne l'imagine de prime abord.

3.3.2. Un exemple

Pour illustrer ces propos, voici un exemple :

Une femme de 36 ans, mariée, consulte pour un état dépressif caractéristique qui dure depuis plusieurs mois. D'origine étrangère, elle vit en Suisse, depuis quelques années, en raison de l'activité professionnelle de son mari. Elle avait réussi à nouer des liens d'amitiés avec quelques voisines, grâce à quoi elle se sentait bien intégrée ; toutefois, à la suite d'une dispute avec l'une d'elle, au cours d'une excursion, elle perd progressivement tout sentiment de sécurité, doute d'elle-même et sombre dans une profonde dépression dont elle n'arrive pas à sortir, malgré tous ses efforts (tristesse, manque d'élan, ralentissement psychomoteur).
Interrogée sur les circonstances de l'éclatement du conflit, elle dit avoir honte de leur aspect anodin, mais raconte tout de même les faits, en pleurant abondamment :
« J'avais fait la connaissance de mes amies immédiatement après mon arrivée en Suisse. Tout d'abord Mireille et Julia, qui étaient mes voisines, ensuite Stéphanie avec qui nous avions sympathisé. Nous étions très proches les unes des autres, nous passions nos vacances ensemble, nous partagions nos loisirs. L'été dernier, nous avions décidé de louer un bus pour aller visiter un village typique de Suisse

centrale. C'était très sympathique mais, en fin de journée, tout le monde était épuisé et voulait rentrer, seule Stéphanie était d'un autre avis. Elle voulait absolument poursuivre la visite et, contre l'avis de toutes, elle la prolongea. Il fallut l'attendre deux heures. Je me suis fâchée contre elle, je n'en pouvais plus. Depuis lors, on ne se parle plus. J'ai perdu non seulement Stéphanie, mais aussi mes deux autres amies, qui refusent de me parler. J'ai essayé d'oublier, d'occuper mon temps en travaillant, mais je n'y arrive pas ; je me sens sans valeur et, depuis six mois, je n'arrête pas de pleurer ! »

Le psychothérapeute lui demande alors si elle peut se confier à quelqu'un ; elle me répond : « Ma mère, je ne lui en parle pas ; depuis toute petite j'ai appris à ne pas lui donner trop de problèmes... mon mari, lui, m'écoute, mais cela ne m'aide pas assez. »

Le psychothérapeute l'interroge ensuite sur son passé et apprend qu'elle est orpheline de père depuis l'âge d'un an : « Ma mère a été mariée pendant deux ans et, après son veuvage, elle ne s'est jamais remariée ; j'étais trop jalouse. » Un peu plus loin, après avoir évoqué un conflit opposant sa mère à sa belle-famille, elle poursuit : « Ma mère est très seule, très fragile, elle s'appuyait beaucoup sur moi. Elle me confiait tous ses soucis... »

Passons tous les autres éléments de l'entretien qui mettaient en évidence constamment la même dynamique. Cette patiente se montrait une personne généreuse, ayant beaucoup d'amis qui se confiaient à elle, vraie boute-en-train, mais ayant grand besoin de se sentir aimée par son entourage.

Après avoir rassemblé tous ces éléments, en fin d'entretien, le psychothérapeute dit à peu près ceci : « L'incident avec Stéphanie vous a confrontée à la nécessité d'un changement radical dans votre existence : jusqu'ici vous avez eu tendance à vous entourer d'amies qui s'appuyaient beaucoup sur vous, attendaient beaucoup de vous et vous le rendaient bien peu. Votre mari lui-même, qui vous aime profondément, comme vous l'avez dit, semble avoir pris l'habitude de compter essentiellement sur vous. Vous en aviez déjà pris l'habitude dans vos relations avec votre mère qui, elle aussi, s'appuyait sur vous, à un âge où vous auriez eu besoin d'elle. L'égoïsme de Stéphanie, à un moment où vous étiez épuisée, vous a confrontée à la nécessité d'un changement. Mais un tel changement est une remise en question radicale de votre passé. On sent en vous beaucoup de rancœurs accumulées, en particulier contre l'égoïsme de votre propre mère et celui de votre entourage, rancœurs que vous supportez très mal. C'est tout cela qui vous pèse maintenant. »

Elle ne paraît pas trop surprise par ce qui est dit. Lors du deuxième entretien, elle paraît totalement transformée ; elle dit d'emblée au psychothérapeute : « Il m'a fait beaucoup de bien de vous voir, j'ai été étonnée que vous releviez que j'étais fâchée contre l'égoïsme de ma mère, mais cela m'a aidée et calmée. Ma dépression a disparu. Pour moi c'était tellement important de faire plaisir à ma mère, mais, cette

fois, j'ai changé et la vie me paraît moins "stressante". Ma mère est revenue me voir récemment, elle a dû sentir le changement, car notre rencontre s'est beaucoup mieux passée que d'habitude. Ce qu'il y a d'étonnant, c'est que j'ai fait beaucoup moins d'efforts pour elle que les autres fois et, paradoxalement, notre relation était bien meilleure. Je me sens soulagée. »

Cette évolution est typique de ce que nous appelons « changement initial » ; on assiste non seulement à une amélioration symptomatique, mais encore à une modification du comportement, tant intérieur (reconnaissance de ses droits et besoins) que relationnel (relation à la mère et au mari).

La question suivante est : la patiente s'en contentera-t-elle ou désirera-t-elle élaborer ces problèmes plus à fond ? C'est ce qui doit être ensuite exploré. Cette phase est particulièrement délicate en ceci que la grande majorité des patients seraient prêts alors à s'engager dans une longue psychothérapie, mais ce dans un but d'évitement : plutôt parler de ses problèmes que les résoudre...

Conclusion

En résumé, dans ces quelques lignes, nous avons voulu montrer :

- l'importance fondamentale, lors de la première consultation, du déplacement sur la personne du thérapeute de l'investissement objectal, lorsqu'un objet réel significatif est défaillant ;
- qu'une interprétation initiale, fondée sur la compréhension de ce mécanisme, est provocatrice de changement en ceci qu'elle facilite le deuil de relations à des objets internes, en quelque sorte « anachroniques » ;
- que l'efficacité d'une telle interprétation tient au fait que le patient consulte d'ordinaire dans un état de crise plus ou moins larvée, où ses investissements objectaux (internes et externes) sont ébranlés ;
- que la nature de la crise peut être comprise par une investigation approfondie du contexte relationnel du patient. Ceci, selon le modèle psychanalytique (problématique inconsciente motivant la nature des liens aux objets externes significatifs) ;
- que l'application de ces conceptions permet des interventions de très brève durée (« interventions psychothérapiques »), dont la valeur thérapeutique est indéniable, en particulier lors d'états dépressifs d'origine névrotique.

L'idée de base sous-tendant ces travaux est que le patient consultant se trouve au carrefour de trois voies, au moment de sa rencontre avec le psychothérapeute :

- celle qui le conduirait à refuser de reconnaître ses conflits internes et ses angoisses, voie du recouvrement ;
- celle qui le conduirait à reconnaître le droit de changer son comportement dans l'existence, voie du changement initial ;
- celle qui le conduirait à reconnaître l'existence et l'importance du monde de l'inconscient, voie de l'élaboration.

C'est la tâche du psychothérapeute que de permettre au patient de choisir sa voie.

4 INTERVENTION EN QUATRE SÉANCES

Monsieur Y. a demandé un rendez-vous, il y a trois semaines, en vue d'une éventuelle psychothérapie. Il se présente un peu avant l'heure et attend sagement dans la salle d'attente. Il ne lit pas de journal et observe ce qui se passe autour de lui. Il a manifestement l'attitude de celui qui « attend quelqu'un mais ne veut pas s'imposer ». C'est du moins la première impression du thérapeute, lorsqu'il vient le chercher. Cet homme de 36 ans paraît plus jeune que son âge. Il est correctement vêtu, sans exagération ; tout au plus note-t-on un certain côté « artiste ». Il s'exprime avec un léger accent étranger, mais sans erreur grammaticale.

4.1. Première séance

Thérapeute : Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit ici ?
Patient : Aujourd'hui je ne sais pas très bien pourquoi je suis là. Mais j'avais téléphoné parce que j'avais le sentiment d'avoir besoin d'éclaircir certaines choses de mon passé ! J'ai vécu pleinement. J'ai choisi de le faire, mais je me sentais un peu diminué : par exemple, j'ai téléphoné à la suite d'un contretemps dans la musique. Je jouais du violon depuis quelques années. J'ai rencontré un très grand maître qui m'a

proposé de me donner des leçons. J'ai accepté et je suis arrivé à un niveau très élevé professionnellement.
J'ai été engagé pour un concert à X... Je l'ai fait, mais cela m'a pris beaucoup d'énergie. Je demande beaucoup de soutien à ma famille.
J'ai eu un deuxième engagement à X... J'ai eu de légères crampes au bras... Cela peut être éventuellement le stress. J'ai demandé conseil au chef d'orchestre. Il a voulu discuter. Je lui ai dit que c'était lourd d'avoir une famille en plus de l'enseignement. Finalement il m'a licencié. Je lui ai dit que c'était inacceptable. Il m'a dit que je n'aurais pas pu jouir de tous mes moyens.

4.1.1. Construction de l'hypothèse initiale

Comme on le voit, le psychothérapeute n'est pratiquement pas intervenu durant une bonne part de l'entretien ; s'il ne l'a pas fait, c'est que le patient s'exprimait spontanément, sans trop d'anxiété, que ses associations étaient cohérentes et permettaient au psychothérapeute de construire progressivement ses hypothèses sur :

– l'organisation de personnalité du sujet,
– les situations critiques auxquelles ce dernier était confronté.

S'il se tait, le psychothérapeute n'en pense pas moins et travaille beaucoup en silence. Nous n'analyserons pas cette séance dans tous ses détails mais n'en retiendrons que quelques éléments saillants, sur lesquels le psychothérapeute fonde sa réflexion. Ce sont : son contre-transfert, les propos du patient (organisation de la pensée, contenu des verbalisation, etc.).

■ *Contre-transfert*

Le thérapeute se sent pris au piège du regard très intense, assez avide et anxieux, du patient, du ton de la voix (qui a une légère teinte de supplication), de la posture (le patient se penche en avant, paraissant vouloir se rapprocher au maximum du psychothérapeute). Ceci donne l'impression que ce patient est assez avide de recevoir aide et protection.

■ *Premières phrases*

Les premiers propos du patient entrent quelque peu en contradiction avec son attitude. En effet, à la question du thérapeute (« Qu'est-ce qui vous a conduit ici ? ») le patient répond : « Aujourd'hui, je ne sais pas très bien pourquoi je suis là. Mais j'avais téléphoné parce

que j'avais le sentiment d'avoir besoin d'éclaircir certaines choses de mon passé !... » Ceci traduit un certain mouvement de retrait par rapport au thérapeute, un doute. Par ailleurs, la phrase suivante montre que le patient rapporte son désir au passé (« *J'avais* le sentiment d'avoir besoin d'éclaircir... »). Le patient laisse donc supposer que son désir est déjà partiellement tombé. Ces deux aspects, comportement avide et retrait verbal, sont interprétés comme le signe d'une *contradiction* vécue par le patient, d'un *conflit interne*. La perception de ce conflit interne est extrêmement importante pour un premier diagnostic différentiel de personnalité. Ainsi, si le patient s'était montré avide dans ses propos *et* dans son comportement, le thérapeute en aurait déduit que, très probablement, le patient se trouvait soit dans une position régressive marquée, soit qu'il s'agissait d'une personnalité dépendante. La perception du conflit mentionné permet immédiatement au psychothérapeute de penser que son patient dispose de certaines capacités combatives, ce qui est de bon pronostic et permet de laisser le discours se poursuivre sans avoir à intervenir. Cette notion de combativité est confirmée par la suite du discours, où le patient parle de ses succès professionnels.

On en arrive donc à émettre l'*hypothèse* d'une organisation de personnalité proche du pôle névrotique (le patient est capable de percevoir un conflit interne, même si ce conflit est partiellement « agi » avec le psychothérapeute et n'est pas clairement verbalisé). Les phrases suivantes permettront de confirmer ou d'infirmer cette première impression. On y note que le patient est conscient de ces deux tendances puisqu'il évoque son succès (engagement pour un concert) et son fort besoin d'appui familial. On en déduit que le patient est bel et bien partagé entre un désir d'affirmation et un besoin de protection. La suite de l'entretien devrait permettre d'affiner le diagnostic de personnalité et de définir les raisons de la crise actuelle.

4.1.2. Premières hypothèses, premières interventions

Parlant du chef d'orchestre, le patient ajoute :
« Très sereinement, je lui ai dit qu'il devait me dédommager. Il a réfléchi et rappelé pour me reproposer de jouer. J'ai refusé. J'ai trouvé très pénible de vivre cela. Il a retéléphoné. Je me suis demandé si je n'avais pas, en fait, *une conduite d'échec*. J'ai trouvé particulièrement cruel qu'il profite de mes confidences...
Je me suis demandé si, dans d'autres secteurs de ma vie, je réalisais ce que je voulais. Je me suis senti tout à coup très esseulé, je n'ai pas de liens avec ma famille, qui est à l'étranger. J'ai énormément demandé à mon épouse, qui a quelques années de plus que moi. Je me sens seul,

démuni, plutôt isolé que seul. La solitude fait partie de la condition humaine.
En plus, mon fils, qui a six ans, a commencé à montrer certaines difficultés à l'école. Je me suis demandé si je n'en étais pas responsable. J'aurais voulu d'autres enfants. J'ai insisté auprès des médecins qui me disaient que mon épouse avait déjà 39 ans. J'ai eu une infection, il y a deux ans, cela a duré. On a découvert que cette infection avait créé une infertilité. J'ai eu beaucoup de remords envers ma femme qui avait été enceinte un an et demi après le premier enfant. On avait peu de moyens et elle a subi une interruption de grossesse. Mais j'ai eu beaucoup de regret. Après j'ai trouvé un autre travail à X... où le directeur a proposé ma nomination. Ayant beaucoup moins de soucis financiers, nous avons voulu un deuxième enfant mais, un an après, ma femme a eu une fausse-couche. Engrenage où ma femme et moi nous nous sentions coupables l'un à l'égard de l'autre. Au moment où j'ai rencontré mon épouse, j'avais 23 ans. Je suis tombé profondément amoureux. Elle était mariée. C'est très stressant de vivre un divorce... On a tout fait pour maintenir les enfants dans leur culture. Leur père les a abandonnés. Je fais des liens avec mon passé : qui suis-je, pourquoi je suis arrivé ici ?... Quelles sortes de liens je peux établir ? Surtout, je ne veux pas tomber dans des comportements d'échec. Et puis j'avais le sentiment que, pour vivre comme je l'entendais, depuis tout petit, j'ai beaucoup assumé... Je voudrais savoir si, malgré mon bonheur, il n'y a pas un blocage en moi... Je n'avais pas les moyens de faire quelque chose de très long, comme psychothérapie. J'ai besoin de quelque chose de court et bien intense. On m'avait dit que vous aviez développé un système en peu de séances et que vous arriviez à bien des choses... » (Ici, le patient commence à hésiter, gêné.)

La suite de l'entretien montre que le patient ne manque pas de combativité (réclame un dédommagement), mais qu'en dépit de sa colère il s'interroge sur son propre comportement (n'aurais-je pas des comportements d'échec ?).

Il manifeste donc un certain *insight* et ne se contente pas de projeter sur autrui les raisons de ses difficultés. L'hypothèse d'une organisation névrotique de la personnalité semble se confirmer. Il convient d'ajouter que les difficultés évoquées par cet homme sont liées à des problèmes relationnels, ce qui signifie que ses troubles sont essentiellement liés à son *caractère* : le diagnostic de comportements d'échec chez un caractère névrotique se dessine. La crampe du bras pourrait être une réaction de conversion classique, liée à un probable conflit œdipien.

La suite des propos du patient montre ses capacités associatives : de lui-même, il établit des liens avec d'autres problèmes actuels (son fils, sa stérilité, ses sentiments de culpabilité). On voit se dérouler

une vie où cet homme se heurte à des conflits avec d'autres hommes alors que les femmes sont toujours là pour le consoler. Mais ce patient a pris la femme d'un autre ; il s'empresse toutefois d'ajouter qu'il a tout fait pour que les enfants conservent leurs origines. Par ailleurs, apparaît aussi la culpabilité liée à un fantasme de meurtre d'enfant (interruption de grossesse).

Finalement, le patient en arrive à parler de *ses attentes* à l'égard du psychothérapeute. Il précise qu'il a entendu parler de lui, et se montre alors un peu gêné. Le psychothérapeute, fort de son hypothèse œdipienne, considère cela comme une première manifestation transférentielle et va simplement relever cette gêne (affect), pour voir ce que peut en dire le patient :

Thérapeute : Vous paraissez un peu gêné en disant cela ?
Patient : Je ne vois pas pourquoi... j'ai dit à mon épouse que j'avais envie de demander à quelqu'un d'autre qu'elle... Comme elle connaît un peu le monde psychiatrique, elle m'a donné plusieurs noms. Comme je vous l'ai dit, je voulais « quelqu'un de bref ».

4.1.3. Début de l'interprétation

La réponse du patient est assez claire, elle paraît signifier : « J'en ai assez de m'adresser aux femmes, je voudrais me mesurer à un homme fort, comme j'imaginais que vous l'étiez, d'après ce que l'on m'a dit : un homme capable de m'imposer des limites. »

C'est donc le moment de poser les jalons de l'hypothèse génétique, et le thérapeute se contente de demander :

Thérapeute : Pourriez-vous me parler un peu de votre père ?
Patient : Oui, vous avez raison : – alors mon père – je disais tout à l'heure que j'avais toujours dû assumer beaucoup de choses – Mon père est lié à ça. Je viens d'une ville ouvrière du nord, et ma *mère* vient d'un milieu rural. Mon *père* vient d'une famille riche mais du côté maternel, un peu l'aristocratie financière... Du côté paternel, je n'en sais rien... son père était très froid, je ne l'ai vu que dès l'âge de 6-7 ans. Ma grand-mère avait quitté secrètement la France pour les USA. Quand elle est rentrée, le grand-père était parti !...
Mon père était dynamique, chaleureux. Quand j'étais petit, j'avais toujours envie de jouer avec lui... Il n'avait aucune formation, mais il a décidé de prendre sur lui de faire des études sur le tard, c'est pourquoi il est *parti* pendant deux ans pour suivre l'Université, j'avais 6 ans. Après, on a vécu pas mal de choses. Il avait voulu faire de la musique, sans y arriver. Alors, tout ceci donne l'impression que je l'imite mais en réussissant mieux.

Quand j'étais petit, j'ai dû assumer pas mal de choses. Mes parents étaient très fiers de moi... J'étais un enfant modèle... J'ai l'impression d'avoir vécu beaucoup de choses qu'ils auraient voulu vivre.

4.1.4. Interprétation initiale

On arrive à la fin de l'entretien et le psychothérapeute a vu ses hypothèses se confirmer. C'est donc le moment de formuler l'interprétation initiale, qui doit toujours se fonder sur des éléments *verbalisés* par le patient. Le psychothérapeute ne devine rien, il n'invente rien, mais met en évidence des liens entre les divers éléments qu'il a pu constater.

Ces liens se fondent sur la *répétition* de certaines situations. En l'occurrence, on remarque :

- *prétransfert* : attitude avide et anxieuse en contradiction avec la verbalisation d'un doute. Cet élément est fondamental en ceci qu'il sera le point central de l'hypothèse psychodynamique portant sur la *crise*. Il s'agit là, selon nous, de l'expression des motivations du patient. On se demande : que *me* demande le patient et *de quoi a-t-il peur* lorsqu'il me le demande ?
- les *plaintes actuelles* : de quoi se plaint-il, et surtout : *comment en est-il arrivé à consulter* ? Y a-t-il, dans les constellations *relationnelles* récentes, quelque chose qui ressemble à ce qui se passe ici ?
- les *difficultés passées* (si possible évoquées spontanément) ;
- les allusions à la *vie familiale*.

L'ensemble de ces éléments permettra de définir des *situations anxiogènes* : constellations relationnelles répétitives provoquant l'anxiété plus particulièrement. Sur la base des caractéristiques de ces situations on déduira la nature et la qualité de l'angoisse du patient, que l'on rapportera à la *constellation œdipienne* selon la théorie psychanalytique.

Sur ces fondements, on construira son interprétation à partir de notre théorie du *changement psychique* : l'interprétation doit permettre au sujet de passer du registre de l'agir (répétition de constellations relationnelles) au registre *symbolique* (prendre conscience de la nature de l'angoisse poussant à la répétition). Cet aspect de notre activité est central en ceci qu'il montre la transition que nous faisons entre le modèle systémique (*patterns répétitifs*) et le modèle psychanalytique (relations aux *objets internes-fantasmatiques*).

Prosaïquement, nous pourrions dire que l'on essaie d'aider le sujet à penser, plutôt qu'à agir. Plus précisément, en réalité, on essaie de

lui permettre d'*inventer* une nouvelle conception de son existence affective. On ne la lui suggère pas, on le laisse choisir. L'interprétation donne sens aux interactions en fonction du passé et met en évidence l'angoisse du changement.

L'interprétation doit donc comprendre les éléments suivants :

– mise en évidence de la *crise actuelle*,
– mise en évidence du *désir de changement* du patient,
– mise en évidence de l'*angoisse provoquée par ce désir de changement*.

Il va sans dire que, même si le psychanalyste pense à des notions telles qu'angoisse de castration, de séparation ou de morcellement, il se garde de les dire. Il se contente d'utiliser les *mots du patient*.

Voyons donc les éléments retenus :

– *contre-transfert* : le psychanalyste se sent comme aspiré par une forte recherche d'affection de la part du patient, mais ce dernier s'en défend verbalement. Cette défense verbale a quelque chose de soulageant : la demande est « filtrée » par la pensée et paraît surtout source d'angoisse (?) ;
– *crise actuelle* : déclenchée par un semi-échec professionnel. Mais, là encore, le patient n'accuse pas les autres, il s'en dit partiellement responsable ; c'est la répétition, dans le passé récent, de ce qui se passe avec le psychanalyste ;
– *difficultés récentes* :
  • le patient éprouve des difficultés à se montrer affectueux avec son fils, tout en demeurant ferme ; on a l'impression ici d'une répétition « à l'envers » ; c'est lui qui se trouve dans la position du chef d'orchestre…
  • le patient a cherché de l'aide en raison d'une crainte de stérilité, aide qu'il n'a pas reçue comme il l'espérait : répétition de la « situation avec le chef d'orchestre » ;
– *difficultés passées* : le passé est plus flou, mais on note tout de même deux éléments fondamentaux :
  • dès l'âge de 4 à 5 ans (période œdipienne) ce patient a vécu pratiquement seul avec sa mère, en raison de l'absence du père qui voulait améliorer sa situation professionnelle ;
  • le patient, en réalité, a mieux réussi que son père sur le plan professionnel.

L'ensemble de ces constatations permet de *déduire* que le patient ne recule pas devant la rivalité, mais qu'il souffre de ne pas avoir de rival. En ce sens, sa revendication est d'ordre homo-affectif : il réclame une présence masculine pour pouvoir se mesurer à elle. Ce serait donc *une erreur* que d'interpréter les angoisses du patient comme étant le reflet de la crainte que ses succès ne provoquent une

rétorsion du père (angoisse de castration). Il convient de lui montrer qu'il se défend d'avoir lui-même fait du tort à son père en réussissant mieux que lui, et de relier cela à l'enfance où le patient était demeuré seul avec sa mère (angoisse narcissique provoquée par les fantasmes incestueux : « Je suis trop petit pour maman, mais on ne veut pas le reconnaître »).

L'ensemble de ces propos illustrent le fait que, même s'il parle peu, le psychanalyste est extrêmement actif mentalement (l'activité de parole est remplacée par l'activité de *pensée*). L'interprétation qu'il donnera, elle encore, sera la plus simple possible pour donner au patient la possibilité de réagir et d'associer librement.

Thérapeute : Nous arrivons à la fin de la séance et je ferai un premier commentaire. Vous m'avez apporté, avec beaucoup de finesse, une foule de choses. Je remarque toutefois une constante : vous avez remarquablement conduit votre existence tant affective que professionnelle et cela ne paraît pas vous satisfaire. Au contraire, vous êtes angoissé. Vous avez même parlé de conduites d'échec. Or ce que je remarque, c'est que, très souvent, on vous voit rechercher l'appui, la confrontation même, avec des hommes, comme si cela vous avait manqué. Ne serait-ce pas lié à ce que vous avez dit de votre père qui vous a laissé seul avec votre mère pendant très longtemps ; ce père semble vous avoir trop facilement laissé le dépasser ?
Patient : [long silence] Je n'avais jamais vu les choses comme cela. [Silence.]
Thérapeute : Je vous laisse y réfléchir jusqu'à la prochaine fois.

4.2. Deuxième séance

Patient : J'ai trouvé la première séance assez troublante... Cela m'a fait réfléchir... J'étais content... J'ai trouvé vrai que je cherche un peu à être aimé... sur certains plans et que je n'ai pas eu de répondant... *Sur mon père je n'ai jamais pu cogner*. Cela m'a fait rire un peu, parce que j'ai réalisé que j'ai un peu cogné chez vous... Pour moi, je souffre que certaines choses soient moins vivantes... Je n'ai pas grand-chose à prouver mais j'ai toujours peur de n'être pas très aimable... [...]
Dans la vie, j'ai respecté les valeurs de mes propres parents, tout en gardant la valeur qu'ils m'ont donnée... Je ne leur en veux pas, ils ont fait ce qu'ils ont pu. Mais moi, j'ai tendance à ne pas profiter de mes moments de bonheur... [...]
Est-ce que c'est par suspicion ?... par peur ?... Est-ce que j'ai un désir de contrôle ?... J'ai le sentiment de n'être pas arrivé à l'essentiel... [...]

On voit que le patient a clairement entendu l'interprétation initiale, qu'il a réfléchi, qu'il a établi lui-même un lien avec son attitude à l'égard du psychanalyste. Actuellement, il « utilise » ce dernier comme une aide à l'élaboration. Il associe bien et il n'est guère besoin d'intervenir avant le moment où il dit : « J'ai le sentiment de n'être pas arrivé à l'essentiel. » Ceci traduit un désir d'en savoir un peu plus. En l'occurrence, le psychanalyste se souvient que le patient a évoqué les silences de son père. La neutralité imposée par la règle d'abstinence serait ici vécue comme une « *répétition* » par le patient, comme une gratification « névrotique ». Par conséquent, il est important de se manifester.

Thérapeute : Pouvez-vous préciser ce que vous entendez par là ?
Patient : Parfois je me sens horriblement triste... J'ai très peur de décevoir. Je mets toujours la barre beaucoup trop haut, je crois... Très peur de ne pas être aimable envers les autres.

Le patient confirme ici l'hypothèse du psychanalyste et élabore :

- son sentiment de tristesse, que le psychanalyste peut mentalement relier à la perception, par le patient, d'un « manque de père » ;
- sa « mission » : ne pas décevoir, ce que le psychanalyste peut mentalement compléter par « ne pas décevoir l'image maternelle » ;
- sa crainte des conflits, ce que le psychanalyste met mentalement en relation avec la difficulté à entrer en rivalité.

C'est donc le moment d'intervenir à nouveau.

Thérapeute : Au fond, on retrouve ici votre sentiment que votre père ne vous a pas assez donné de limites et qu'il vous a été difficile d'apprendre à vous battre dans l'existence.
Patient : J'aurais voulu partir très vite de la maison. Mes parents ont fait ce qu'ils pouvaient, mais j'ai l'impression qu'à 5-6 ans, j'avais trop de responsabilité sur les épaules.
Quand je sentais la barre trop haute, j'étais en crise.
Par exemple, à 11 ans, j'avais gagné une bourse pour aller dans une école célèbre de ma ville. Je me sentais comme un poisson *hors de l'eau* : je ne me sentais pas dans mon milieu. [...] Après un semestre, suite à la maladie de mon père, mes parents ont déménagé... Je me suis alors retrouvé dans une école rurale, je me suis senti plus à mon aise... mais j'étais très ambitieux... La rigidité de mes parents était intolérable. Quand je suis parti pour l'étranger, j'ai réalisé que le monde était beaucoup plus vaste que ce qu'ils m'avaient montré...
J'ai trouvé les gens simples, abordables, pas pervers, pas comme les catholiques de mon pays... Je suis retourné dans mon pays pour faire une thèse, et c'est alors que je suis tombé amoureux de mon épouse qui était mariée. Ce fut une *crise pour moi*... Ce fut un moment clé, j'étais vraiment amoureux, vraiment heureux dans une situation très difficile.

Mes parents m'ont alors lâché. À ce moment-là, j'ai écrit à mes parents le pourquoi je ne pouvais accepter leur critique et leur système de valeur. Je vis ici, j'évolue.
Mes parents envient mon existence. Ils sont venus ici, il y a deux ans. Ce fut un vrai désastre... Ils étaient complètement *dépendants*, alors que ma femme était malade. Ils étaient incapables de s'occuper d'elle...
Une autre fois, après... j'ai sérieusement engueulé mon père...
Mon professeur de violon était parfois irréaliste avec moi. Lui aussi mettait la barre trop haut...

Le patient continue à bien élaborer les choses et le psychanalyste peut se contenter de l'écouter. La fin de la séance est proche maintenant et il convient d'intervenir sur la problématique du changement.

Thérapeute : D'après tout ce que vous dites, on réalise que, depuis longtemps, vous auriez envie que vos parents, comme le chef d'orchestre ou d'autres, *changent* et vous accordent un appui plus solide. S'ils changeaient, vous n'auriez plus à être triste ou anxieux comme maintenant.

Patient : C'est vrai. [Silence jusqu'à la fin de la séance.]

4.3. Troisième séance

Patient : J'aimerais revenir à notre point de départ, à la question du contrôle de mes émotions. J'ai fait aussi des rêves.
1. J'étais à X, dans quartier ancien, pour dire au revoir à une vieille dame – on s'est serré dans les bras, elle éprouvait plus d'émotion que moi. Moi j'étais ému, sans remords. J'avais un billet de chemin de fer – je pouvais partir quand je voulais.
2. J'étais dans un voilier de course qui allait à une vitesse extraordinaire. Je sentais que les forces du vent et de la mer étaient incroyablement puissantes. Nous étions deuxièmes. C'était une femme qui barrait. Elle se faisait engueuler par sa fille qui lui en voulait de réussir. Sa mère reste sereine... À la fin j'étais en train de causer avec elle. La marée montait, je ne m'en apercevais pas au début. Finalement je m'en vais.
Ce rêve a fait un déclic en moi. Je suis né au bord de la mer. La mer était le reflet de mes passions. J'aimais beaucoup les bains de mer.
Actuellement j'ai peur de la mer, de ces émotions puissantes, incontrôlables, dont on ne voit pas le fond.
Ça me fait penser à ma mère, à un épisode de mon enfance ; un jour où la mer était agitée, ma mère était entrée dans l'eau tout habillée... elle était déprimée et suicidaire à l'époque.
J'aime le paysage ici, les montagnes, on les *voit* solides.

C'est la troisième séance et l'on note un pas supplémentaire franchi dans l'élaboration : le patient apporte deux rêves qu'il met en rapport avec les séances précédentes. Par ailleurs, il montre ses capacités de symbolisation, par exemple en évoquant le rapport entre la puissance de ses émotions et la mer agitée. Il évoque le changement survenu en lui ces dernières années et ses angoisses actuelles, qu'il met en rapport avec un épisode douloureux de son enfance : les envies de suicide de sa mère. Le psychanalyste peut alors intervenir.

Thérapeute : Vous évoquez la solidité des montagnes de votre pays d'adoption. C'est un peu de cette solidité que vous auriez rêvé quand vous étiez petit, solidité que vous aurait assurée une présence plus marquée de votre père. Actuellement, vous comptez sur ces séances pour vous l'assurer.
Patient : La mer, ce n'est pas un cadre, c'est l'infini. Je pense à moi, j'ai peur de cet infini, j'ai besoin de maîtriser la situation. J'ai besoin d'un cadre sécurisant. Je me demande si je n'ai pas besoin de contrôler mes émotions. Je suis un peu colérique mais je n'ai jamais tapé qui que ce soit. Quand j'étais petit, mes émotions devaient être maîtrisées. J'aimerais mieux cacher mes émotions : je suis trop explosif parfois. Que faire ?...
Mon *fils* est très sensible, émotif, mais méfiant à mon égard ; il a peur de la colère des autres et en même temps il est provocateur ; il vit très ouvertement son rapport à moi et à sa mère ; il voudrait se marier avec sa mère, avoir des enfants d'elle.
Évidemment il pense à son grand frère. Mon beau-fils a une amie, mon fils cherche à la séduire. Nous avons consulté un psychologue parce qu'il était anxieux, mais le psychologue a été très maladroit, il a simplement dit que notre fils était très intelligent et très sensible, mais il a surtout demandé notre avis. Il ne s'est pas prononcé.
Thérapeute : Une fois de plus, on ne prend pas position et vous vous retrouvez seul.
Patient : Oui. [Silence.]

4.4. Quatrième séance (deux mois plus tard)

Le patient est beaucoup plus détendu, plus vivant.

Patient : J'avais envie de venir parce que je voulais mieux utiliser mes énergies pour affronter les difficultés pratiques de la vie et de ma famille. Actuellement, face à ces difficultés, je me sens beaucoup mieux. Je perds beaucoup moins d'énergie, je suis *plus franc avec moi-même*. Je réussis à affronter certaines craintes que j'avais. Par exemple je sais mieux repérer les difficultés que j'ai avec mon fils. En ce qui concerne mes parents, je n'ai pas envie de vivre une rupture avec eux.

Thérapeute : Ce conflit est dépassé, vous les acceptez tels qu'ils sont.
Patient : Oui, je n'ai plus peur de ne pas savoir m'appuyer. Je réalise que j'ai été très dur avec moi. Je prends maintenant les choses avec plus d'humour. Je m'en veux moins de mon infertilité. J'ai passé un merveilleux été avec mon fils. [...]
Pour les enfants de ma femme, nous avons négocié avec bonheur leur déménagement dans un studio en face pour faciliter leur émancipation. Cela s'est fait dans d'excellentes conditions. Avec mon épouse je me sens apte à donner beaucoup plus aussi, j'ai moins besoin de recevoir. Elle m'a beaucoup donné ; actuellement, je devrais pouvoir lui rendre quelque chose. Elle peut aussi s'appuyer sur moi, c'était aussi la raison pour laquelle je suis venu vous voir.
Nos entretiens m'ont mis sur la bonne voie. Peut-être aurais-je une autre fois besoin de vous voir, mais maintenant je me sens bien et je suis content.

Ces lignes résument textuellement les propos du patient. Le thérapeute s'est contenté de quelques hochements de tête, montrant qu'il était présent, et a confirmé au patient la possibilité de revenir donner des nouvelles. En fin de séance, il met simplement en évidence le mouvement transférentiel :

Thérapeute : Au fond, si j'entends bien ce que vous dites, vous avez le sentiment que votre besoin d'appui a été compris par moi et cela vous a libéré.
Patient : C'est exactement cela et je me sens beaucoup mieux...
J'étais toujours à la recherche du père. J'ai obtenu ici la compréhension d'un homme. J'avais trouvé un appui chez le professeur de violon. J'ai trouvé un appui plus profond chez vous.
Thérapeute : Qu'en est-il de la musique ?
Patient : J'ai fait beaucoup de progrès ces derniers mois. Sur le plan du plaisir et de la recherche sonore, c'est merveilleux actuellement. Cela me donne beaucoup plus de confiance dans des situations où je dois me produire. Actuellement je vais faire ce qui me plaît. Je donne des récitals. C'est plus intéressant que le concert.
Sur le plan familial, il n'y a plus cette énorme dépense d'énergie pour ne pas craquer. Mais là, peut-être qu'il y aura des surprises, je verrai bien. Là j'aime bien pouvoir maîtriser moi-même le genre de musique que je voudrais, l'avenir me montrera ce que je dois faire.

4.5. Bilan

Il avait été convenu que le patient pouvait donner de ses nouvelles six mois à un an plus tard. Voici le résumé de cette séance de bilan.

Patient : Cela va beaucoup mieux depuis l'été passé, en particulier avec mon fils. Mais il reste quelques nœuds que je n'arrive pas à démêler. Il y a pas mal de choses qui ne cessent pas de me travailler.
Le premier problème a trait à ma virilité, non dans le sens sexuel – ma vie sexuelle va très bien – mais dans un sens général, j'ai de la peine à m'affirmer comme je le voudrais.
De fait, depuis l'été, suite à nos entretiens, ma vie de couple s'est approfondie. Je vivais dans une voie déterminée par mon père, ce qui me menait à une vie pas épanouie... Ma vie de couple n'était pas épanouie... Maintenant, cela a totalement changé... Je vous avais dit que j'avais envie d'avoir des enfants. On en a un, mais je m'en veux encore parfois d'avoir accepté l'interruption de grossesse... Ma femme n'était pas prête, c'est vrai. Elle a eu le courage de dire : « Non, je ne peux pas. » Mais moi, je me reproche de ne pas avoir dit : « Je m'occupe de tout. » [...]
Elle a fait des fausses-couches ensuite et n'a plus pu être enceinte.
Moi je me sens coupable de n'avoir pu dire que je voulais un enfant... Quand je retrace cela, je sens que, dans l'enfance, j'ai dû être un homme avant d'être un enfant. Cela me fâche. Je suis en rogne...
Et les médecins n'ont pas voulu m'écouter quand je leur ai demandé si la stérilité ne pouvait pas provenir de mon infection...
Thérapeute : Vous en voulez donc aussi au corps médical !
Patient : Oui, je leur en veux : quand je leur dis que je soupçonne une infertilité chez moi et que l'on refuse de m'examiner en disant que c'est ma femme.
Je me sens triste, et j'ai aussi de plus en plus de peine avec ma situation d'émigré... Je me sens très isolé. Mais je ne pense pas que c'est nécessairement un problème de pays... J'ai l'impression de payer un prix très lourd mon enfance... J'ai l'impression maintenant que, si je n'exprime pas ma colère et ma tristesse, cela n'ira pas. Par exemple, pour la virilité, je pense que si j'accepte de percevoir ces sentiments, je m'accepterai mieux... C'est pour cela que j'avais envie de vous voir pour en parler.
Thérapeute : Du fait, vous avez le sentiment d'avoir été laissé à vous-même par les médecins comme autrefois par votre famille
Patient : Ces salauds ne m'ont jamais appuyé !... Je m'excuse !
Thérapeute : Vous vous excusez, alors que vous venez d'exprimer vos sentiments, comme vous en aviez envie. J'ai l'impression que vous craignez de me blesser comme vous avez dû craindre de blesser vos parents puis tous les autres en vous exprimant...
Patient : Cela me fait penser à un rêve : ma mère était morte. Je dis à mon père que je suis triste. Il répond : « Oui, je dois ranger ses affaires...» Je dis alors à mon père : « Tu pourras mettre maintenant les choses où tu veux !... » Il ne me répond rien du tout. J'insiste... Silence total ! [Fin du rêve.]
Dans mon rêve je me suis dit aussi que la mort de ma mère était une libération pour mon père. C'est pour cela que je pleure.

Mes parents ne parlent jamais de leurs conflits. Parler, pour eux, c'est avouer leurs conflits... Ils en sont incapables... [...]

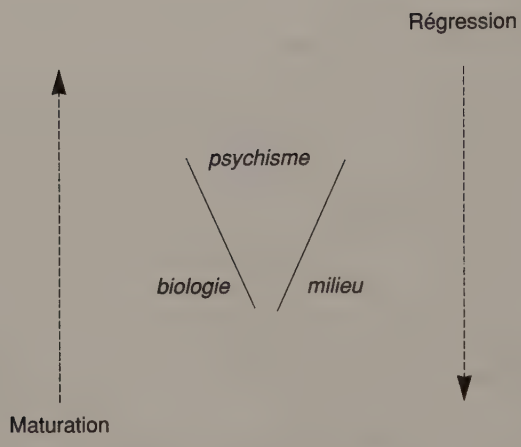
Il apparaît ici, de toute évidence, que le patient a profité de cette séance de bilan pour essayer de mieux élaborer son problème paternel en s'appuyant sur un mouvement transférentiel. Ses propos sont la suite directe des quatre premières séances de l'année précédente et montrent que ce patient a continué à réfléchir. Il se montre nuancé et perçoit l'importance de reconnaître honnêtement ses émotions. Il dit avoir encore progressé, mais voudrait quelque chose de plus. En de tels cas, il est bon d'accéder à la demande implicite du patient, c'est pourquoi le psychanalyste répond sur le ton de l'interprétation, en mettant l'accent sur le mouvement transférentiel homoaffectif. Le patient accepte l'interprétation, qu'il confirme par un rêve fait la nuit précédente : mon père serait libéré de ses chaînes si ma mère mourait et il est incapable d'entendre ma tristesse. On décèle ici la problématique œdipienne inversée (amour déçu pour le père et haine à l'égard de la mère). L'interprétation sur l'amour homoaffectif déçu est donc immédiatement confirmée.

Dans une telle situation, il eût été inhumain de laisser le patient seul avec lui-même, aussi lui est-il proposé une séance supplémentaire, qu'il accepte.

Patient : Après la dernière fois, je me suis senti plus léger. Il est difficile d'admettre que l'on a eu des besoins qui n'ont pas été respectés. Il m'a été difficile d'admettre que j'avais eu des revendications à l'égard de mes parents et d'admettre mes faiblesses, mes colères... Il y avait comme un problème incestueux non résolu que personne n'a voulu reconnaître, ni mes parents, ni moi-même... Depuis le moment où j'ai pu me décharger de ce fardeau, je me sens mieux... J'ai pu vous dire des choses que je croyais être incapable de dire... Je crois que nous pouvons nous arrêter, je sais que je pourrai revenir si c'est nécessaire... [La séance se termine là.]

5. FORMATION À LA TECHNIQUE DU PREMIER ENTRETIEN

Rappelons que le point de vue général adopté dans cet ouvrage porte spécifiquement sur les processus de mentalisation du sujet. Il a été résumé dans le schéma de la page suivante :



Équilibre de la personnalité.

Le fonctionnement psychique (mentalisation) est considéré comme le produit (fonction émergente) de tensions nées de la confrontation du sujet biologique avec le milieu externe. Le modèle de référence proposé est donc complexe puisqu'il implique la combinaison de notions « objectives » (soubassement biologique du psychisme, rapports à la réalité externe) et de notions « subjectives » (approche psychanalytique). Ceci implique que la formation au premier entretien comportera un volet psychanalytique classique et une instruction portant sur les éléments spécifiques, tant théoriques que techniques, propres à l'approche lausannoise. Un tel enseignement a l'avantage de s'appliquer à l'ensemble de la psychopathologie.

Commençons donc par esquisser les grandes lignes d'un programme de formation générale, avant de discuter quelques aspects s'appliquant plus spécifiquement aux psychothérapies psychanalytiques brèves.

5.1. La formation à l'approche psychothérapique

Les psychothérapies brèves, selon le modèle lausannois, sont des psychothérapies psychanalytiques dont la durée ne dépasse pas un an. Elles se fondent essentiellement, comme nous l'avons vu, sur l'étude des effets de cadre sur le fonctionnement psychique et sur

l'étude de la dynamique interactive (relation patient-thérapeute) présidant au changement psychique.

La formation que nous proposons poursuit donc les buts suivants :

- sensibiliser les thérapeutes à la dimension de l'inconscient, des mécanismes de défense et de l'organisation psychodynamique d'une personnalité ;
- sensibiliser les thérapeutes à l'écoute de leur propre contre-transfert et à son utilisation comme instrument de compréhension du patient ;
- sensibiliser les thérapeutes aux aspects stratégiques de l'interprétation ;
- apprendre aux thérapeutes à reconnaître les indices de changement de fonctionnement psychique du patient.

Dans cette perspective et pour clarifier les choses, rappelons ici que l'on peut distinguer schématiquement deux phases en psychothérapie (Gilliéron, 1989) :

- la phase d'*investigation,* qui va déterminer le choix des méthodes psychothérapiques ;
- la phase de *traitement* proprement dite, qui est une phase d'élaboration.

Chacune de ces phases devrait comporter un instrument de formation approprié. Ce dont il sera question ici, c'est essentiellement de la phase d'investigation.

Phase d'investigation

C'est surtout lors de la phase d'investigation que va se poser la question de l'organisation défensive de la personnalité. Des notions théoriques psychopathologiques et psychodynamiques sont nécessaires, qui sont acquises au cours de séminaires de lecture ou de colloques de discussions de cas. Par ailleurs, et de manière plus spécifique, on étudie la *dynamique relationnelle précoce* s'installant entre le thérapeute et son patient. En effet, selon les thèses développées à Lausanne, toute demande de consultation psychiatrique se fait dans une situation pouvant être qualifiée de *critique* : souffrance insupportable pour le sujet, souffrance du milieu, conflits interpersonnels insurmontables, etc.

En ce sens, toute demande de consultation est « focalisée », pour autant que l'on sache en localiser la motivation ; cette dernière peut être essentiellement le fait du milieu externe, elle peut être le fait du sujet lui-même en raison de souffrances diverses.

La nature de cette demande conditionne les éléments transférentiels précoces : le sujet peut reconnaître ou refuser de reconnaître un problème personnel. Dans l'un et l'autre cas, en raison de sa souffrance, le patient attend quelque chose du thérapeute. Cette attente comporte au moins deux aspects :

– un aspect *conscient* (désir de guérir ou de trouver une solution au problème),
– un aspect *inconscient* (éléments transférentiels précoces).

En ce qui concerne ce point, notre conception se rapproche de celle de M. Balint qui parle des aspects « manifestes » et « latents » de la « demande » du patient. Cependant, à la différence de ce dernier, nous ne mettons pas l'accent sur les symptômes « manifestes » ou « latents », mais sur la relation thérapeutique précoce : on s'interroge sur la *dynamique* de cette relation. On considère que toute demande comporte un double aspect :

– désir de *changement*,
– tendance à la *répétition* des comportements anciens, ce qui constitue une résistance au changement.

Le désir de changement est souvent verbalisé par le patient alors que la résistance se manifeste d'ordinaire dans la *relation transférentielle* précoce.

Dans cette dynamique, la « réponse » donnée par le thérapeute à la « demande » du patient est déterminante pour la motivation de ce dernier à s'engager ou non dans une psychothérapie analytique. En cela, entreprendre une psychothérapie est déjà un changement par rapport à la résistance latente première. Ce n'est que si le psychothérapeute est capable d'analyser son contre-transfert qu'il saura donner une réponse adéquate, fondée sur la perception des motivations inconscientes du patient. Une bonne formation doit donc porter sur chacun de ces aspects. Elle exige une préparation théorique associée à une supervision précise de la pratique, qui sensibilise à la dimension de l'inconscient dans une relation thérapeutique.

La combinaison des deux doit permettre au psychothérapeute d'établir une *hypothèse de travail* portant sur les racines inconscientes du problème manifeste ayant conduit le patient à la consultation, sur le type probable d'organisation de la personnalité de ce dernier et sur la nature de la relation transférentielle susceptible de s'établir. C'est sur la base de ces hypothèses qu'il aura la possibilité d'orienter la prise en charge thérapeutique, dont l'indication est posée en fonction du modèle « bio-psycho-social » dont le schéma est présenté plus haut. Les indications envisageables sont :

– traitement psychopharmacologique avec la collaboration éventuelle d'un infirmier ou d'un assistant social ;

– intervention de nature psychothérapique visant à un changement immédiat, qualifiée d'« intervention psychothérapique brève » (quatre séances au maximum) ;
– psychothérapies d'inspiration psychanalytique :
  • brève,
  • sans limitation de durée ;
– relaxation psychanalytique (essentiellement pour les troubles fonctionnels) ;
– autres formes (groupes, thérapie de couple ou de famille, rêve éveillé, etc.).

5.2. La formation à l'approche psychanalytique

En ce qui concerne la formation proposée, quelques remarques s'imposent : il est assez facile d'acquérir des notions concrètes sur la biologie ou l'observation directe des relations humaines, mais il n'est pas du tout évident, par contre, d'en percevoir les rapports avec le monde intrasubjectif. Ce dernier a été essentiellement étudié par les psychanalystes et la formation psychanalytique n'est pas sans poser des problèmes complexes. Or cette dernière est indispensable pour l'approche psychothérapique globale proposée dans cet ouvrage puisqu'elle est, en quelque sorte, au centre de toutes les réflexions : ce qui intéresse le psychothérapeute, c'est le changement psychique, que l'on apprécie en termes de modification du fonctionnement psychique, même si des facteurs biologiques ou relationnels peuvent l'influencer. Dans ces conditions, la formation psychanalytique est centrale. C'est pourquoi nous nous y arrêterons un instant.

5.2.1. Formation et inconscient

Il apparaît en effet clairement que, s'il est nécessaire de savoir choisir les méthodes thérapeutiques en fonction des besoins des patients, il convient aussi de sélectionner les psychothérapeutes aptes à pratiquer des traitements d'inspiration psychanalytique. Leur instruction doit être non seulement théorique mais aussi comporter des éléments de sensibilisation aux aspects inconscients de la relation. On doit donc exiger non seulement une certaine disponibilité affective, une aptitude à l'écoute, une sensibilité à la problématique inconsciente, mais aussi une capacité de tirer parti de sa compréhen-

sion pour en dire quelque chose d'utile au patient sans s'impliquer dans un agir. Une telle attitude veut mettre *la pensée* au service des pulsions, elle vise à offrir au patient et au psychothérapeute une issue aux conflits émotionnels sans être une défense par l'intellectualisation, la rationalisation ou l'agir. En l'occurrence, la théorie devrait donner forme aux émotions sans s'y opposer. On en revient donc à la question des mécanismes psychiques fondamentaux de l'apprentissage, en général, et de la connaissance de soi, en particulier. Ces derniers concernent autant le « formateur » que « l'élève ». L'un éprouve le désir de former, l'autre celui d'être formé. Chacun le vit en fonction de l'organisation de sa personnalité et c'est de la rencontre de ces deux désirs que naîtra la compétence du psychothérapeute.

5.2.2. La condition de l'élève

René Kaës relève que « quelles que soient la pratique sociale, l'institution, la culture, il n'y a pas de formation d'êtres humains sans une fantastique, ou une fantasmatique, sous-jacente. Si l'infiltration de cette fantasmatique dans les relations pédagogiques, dans les rites initiatiques, dans l'apprentissage même de la psychanalyse n'est pas aisément repérable lorsqu'on interroge les discours et les actes de la relation formative, c'est sans doute qu'une force considérable s'oppose à cette interrogation. » (Kaës, 1984, p. 5). À notre avis, cette force d'opposition tient à la nature même des institutions. Les thérapeutes en formation établissent à leur insu une relation fantasmatique avec le formateur et l'institution, relation que l'on pourrait qualifier de « transférentielle ». Ce lien reproduit les relations parents-enfant sous nombre d'aspects organisés, comme le signale R. Kaës, « sur une fantasmatique nucléaire dont le noyau est vraisemblablement constitué par la représentation de l'origine de l'être humain et le rôle des parents dans cette fabrication » (*ibid.*, p. 3). Mais ce lien est inanalysable par les partenaires directs de la formation (enseignants et élèves), de même que sont inanalysables les liens enfants-parents par ces derniers. C'est pourquoi il conviendrait de trouver un autre lieu où l'interprétation du transfert soit possible.

Toutes les sociétés de psychanalyse se sont penchées sur ce problème sans trouver de solution définitive. Didier Anzieu relève que « toute formation des adultes qui se propose comme but la compréhension de soi et des autres et comme démarche de base une autre que celle de la cure psychanalytique – enseignement magistral, commentaires de textes, stages, techniques de groupe – appelle de la part des psychanalystes une objection radicale : une telle formation pré-

suppose que les savoir et savoir-faire, à la transmission desquels elle se cantonne, vont fonctionner chez les personnes formées, indépendamment de leur organisation subjective. Or, tant qu'il n'a pas été analysé dans une cure elle-même individuelle, le fantasme individuel capte, altère ou paralyse la perception et l'intelligence de tout ce qui se rapporte au fonctionnement de l'appareil psychique. Seule la formation psychanalytique, parce qu'elle opère au préalable à un autre niveau, celui du savoir-être, permet au candidat d'accéder à la possibilité à la fois d'un savoir vrai sur son propre inconscient et de savoir-faire appropriés aux effets de résistance et de transfert par lesquels l'inconscient des autres va se manifester à lui quand ils lui demanderont d'être enseignés, rééduqués ou guéris. On a reconnu dans ces trois étapes (savoir-être, savoir, savoir-faire) les trois pièces maîtresses dont l'enchaînement constitue la formation psychanalytique-type : la psychanalyse personnelle du candidat, dite psychanalyse didactique ; la participation à l'enseignement, donné sous forme de séminaires théoriques, techniques et cliniques ; la pratique des premières cures contrôlées. » (Anzieu, 1984, p. 93.) Il ajoute plus loin que « la psychanalyse requiert une formation, c'est-à-dire que le savoir-faire y est subordonné à un savoir-être, à une manière d'entendre son propre inconscient et d'écouter celui des autres sans s'impliquer dans la réponse qu'on y donne » (*ibid.*, p. 97).

Pour répondre à cette nécessité de l'apprentissage d'un « savoir être », les sociétés de psychanalyse préconisent un premier pas personnel : inciter le candidat psychanalyste à suivre lui-même une psychanalyse. Cette démarche est de caractère manifestement initiatique : c'est donc dans son rapport à son analyste que l'analysant aura l'occasion d'apprendre à connaître l'influence de l'inconscient sur son existence (transfert sur le psychanalyste).

En ce qui concerne les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, la question se pose dans des termes à la fois semblables et différents. La technique psychothérapique n'est pas innée et requiert aussi un apprentissage de l'utilisation de soi comme instrument de connaissance de l'autre. Se connaître soi-même pour mieux comprendre son patient s'applique au psychothérapeute autant qu'au psychanalyste, plus encore peut-être puisque, comme on l'a vu plus haut, les échanges émotionnels sont amplifiés en psychothérapie psychanalytique par comparaison à la situation psychanalytique. Or la formation initiale des psychothérapeutes varie énormément : certains n'ont que celle assurée par leurs études, d'autres ont une expérience essentiellement hospitalière, d'autres ont déjà suivi une longue psychanalyse personnelle, sans pratique clinique, etc. L'une ou l'autre de ces situations est-elle plus favorable ? La réponse à cette question ne saurait être que nuancée.

5.2.3. Formation psychothérapique et psychanalyse personnelle

On ne saurait affirmer qu'une psychanalyse personnelle suffit à préparer à l'écoute psychanalytique d'un patient en psychothérapie. En effet, nous avons vu que le dispositif de la cure influence fortement les manifestations transférentielles ou résistancielles et la psychanalyse personnelle classique ne confronte pas le sujet aux émois qu'il pourrait éprouver en situation de groupe, en situation de psychothérapie brève ou de longue durée ou même en situation de thérapie familiale. C'est pourquoi certains ont préconisé de calquer la formation psychothérapique sur la formation psychanalytique, en prétendant qu'il faut avoir vécu la situation psychothérapique avant de la pratiquer (psychothérapie de groupe, par exemple), alors que d'autres sont plus nuancés, faisant remarquer que l'on ne saurait demander à un psychothérapeute, soucieux d'avoir plusieurs cordes à son arc, de faire successivement une psychothérapie brève, une psychothérapie de groupe, un traitement de famille, une psychanalyse personnelle, etc.

5.2.4. Pratique psychothérapique et formation

En réalité, dans tous les cas, une initiation personnelle à une forme quelconque de psychothérapie est largement insuffisante, dans la mesure où c'est avant tout la pratique qui permet à l'étudiant de réaliser l'importance du contre-transfert dans une relation psychothérapeutique. Il est avant tout indispensable que les psychothérapeutes voient des patients. C'est pourquoi, dans la plupart des instituts, il est d'usage de confronter très tôt les futurs psychothérapeutes à la pratique psychothérapique, aux émotions intenses surgissant dans une telle situation. Dans cette perspective, on peut considérer qu'un stage en hôpital psychiatrique ou même en médecine somatique est déjà un premier pas formateur important, puisqu'ils permettent au futur psychothérapeute de se confronter à nombre de situations cliniques, souvent très lourdes ou très anxiogènes.

5.2.5. Théorie et formation

Enfin, comme il est impossible d'aborder un patient sans modèle de référence, de bonnes études théoriques préalables sont aussi une préparation indispensable.

De fait, la connaissance de soi du psychothérapeute implique ces trois ingrédients :

- un climat initiatique (l'élève doit avoir vécu ce que son patient vivra),
- un élément pratique (l'élève doit être confronté à la réalité thérapeutique),
- un élément théorique (l'élève doit donner sens à ce qu'il vit et à ce que vit son patient).

Nous n'avons, jusqu'ici, que répété des évidences valables quelle que soit la technique à apprendre, mais l'expérience montre trop souvent que ces évidences paraissent tellement évidentes qu'on finit par les oublier : on considère, par exemple, comme un excellent psychanalyste celui qui a écrit de bons livres, sans savoir ce qu'il en est de sa pratique. On considère ainsi comme excellent psychothérapeute celui qui fait preuve d'une étonnante capacité d'identification, sans savoir ce qu'il en est de ses connaissances théoriques. Ce faisant, on clive inconsciemment théorie, connaissance de soi et pratique thérapeutique, alors que c'est le mélange des trois qui fait le bon psychothérapeute.

Revenons donc à la question : que proposer à l'élève ? Il semble impossible d'y répondre de manière univoque. Si l'on considère le domaine spécifique des psychothérapies brèves, pour certains thérapeutes, une psychanalyse personnelle complétée par une bonne formation théorique et une pratique sous supervision sera idéale ; pour d'autres, une psychothérapie brève personnelle associée aux deux autres éléments suffira amplement. Enfin, certains semblent avoir une sorte de disposition spontanée à l'écoute de l'inconscient et pour eux une pratique sous supervision en plus des connaissances théoriques paraîtront suffisantes. Cependant beaucoup semble dépendre de la manière dont le savoir est transmis.

Pratiquement toutes les formations psychothérapiques se font dans le cadre de *groupes institutionnels* ou de groupes conduit par des *personnalités charismatiques*. Il va sans dire qu'un rapport de nature affective (donc sous-tendu par des fantasmes inconscients) lie l'élève au formateur et au groupe institutionnel. En ce cas, deux voies formatrices se dessinent : l'une, fondée essentiellement sur le charisme de l'enseignant, l'autre fondée sur la dynamique groupale.

Dans la formation de type *charismatique*, l'élève tend à s'identifier au formateur, à l'imiter, mais ceci probablement sans possibilité de prendre distance de soi-même. On pourrait qualifier cela « d'apprentissage par le transfert » par analogie avec ladite « guérison par le transfert ».

Dans les *institutions*, on s'efforce d'ordinaire d'éviter de lier la formation à une seule personnalité, même charismatique, dans la mesure où la formation doit être la plus globale possible et respecter l'originalité de chacun. Dans ces conditions c'est avant tout sur la dynamique groupale que devrait s'appuyer la formation pour ouvrir la porte de l'inconscient, pour autant qu'elle soit utilisée par des formateurs expérimentés, conduisant le groupe (institutionnel ou autre) selon une méthode apparentée à celle des groupes Balint de médecins-généralistes (Balint, 1972). Une telle formation offre l'avantage de ne pas lier le sujet à la personnalité du leader. C'est pourquoi nous nous attarderons quelque peu sur ce thème.

5.2.6. Groupes de discussion

La caractéristique commune à tous les systèmes de formation est, en réalité, la *supervision*. C'est probablement elle qui fera le lien entre les autres éléments de l'apprentissage. Elle peut être individuelle ou groupale. Elle fonctionne dans l'après-coup, comme l'interprétation psychanalytique advient après l'apparition des émois transférentiels du patient.

La supervision individuelle offre au psychothérapeute la possibilité de prendre éventuellement conscience de ses erreurs techniques, de ses réactions contre-transférentielles, mais ne lui permet guère de distinguer sa propre vie fantasmatique inconsciente de celle de son patient. Car, là encore, le psychanalyste superviseur n'est pas en position d'analyser le transfert que le psychothérapeute pourrait faire sur lui, dans la mesure où la relation en serait totalement perturbée. On en revient donc à la question : peut-on se reconnaître soi-même hors d'une situation psychanalytique classique ou psychothérapique ? Le problème de la démarche initiatique se repose ainsi de plus belle. Et c'est ici que la dynamique des *groupes de formation* peut être d'une grande utilité.

On sait que M. Balint avait mis au point une technique de discussion de cas présentés par des médecins généralistes pour sensibiliser ces derniers à l'approche psychologique de patients souffrant de troubles psychosomatiques. En se fondant sur les associations des médecins présents, en étudiant avec eux la « filiation » des cas présentés (rapports associatifs inconscients révélés par la succession des cas), M. Balint permettait que les mouvements contre-transférentiels des médecins se manifestent sans que le narcissisme de chacun soit trop blessé. Par ailleurs, en voyant les réactions de leurs collègues, en discutant entre eux, les médecins apprenaient, par identification

réciproque, à mieux se connaître eux-mêmes, ce qui était une première démarche auto-analytique. Ce modèle a été repris dans le monde entier, mais il n'a pas toujours été appliqué avec la rigueur souhaitée. S'il est adapté à la situation spécifique des psychothérapeutes et mené par des animateurs expérimentés, il est certainement l'endroit où peut se faire le pont entre théorie, pratique et initiation à la connaissance de soi-même.

Le système associatif se développant entre les membres du groupe, les mouvements identificatoires qui surgissent offrent au jeune psychothérapeute un miroir très efficace de son propre inconscient et se révèlent un incomparable instrument de la formation à la psychodynamique. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'en cours de route les thérapeutes se motivent pour une démarche psychanalytique individuelle. Cependant, comme nous l'avons dit, une telle technique implique une grande rigueur et une parfaite connaissance des mécanismes groupaux.

Le processus groupal dépend des individus qui composent le groupe, des règles de fonctionnement adoptées par le groupe, et de caractéristiques psychologiques propres à la situation en groupe.

■ *Les individus*

Pour faciliter les choses, nous nous en tiendrons strictement aux groupes de psychothérapeutes soumettant des cas de patients en thérapie.

En ce qui concerne les individus : la caractéristique commune des participants est leur profession, la psychothérapie psychanalytique. De plus, il s'agit de thérapeutes qui, très souvent, se connaissent et ont de multiples possibilités de rencontres professionnelles ou amicales hors du groupe, ce qui distingue fondamentalement cette situation du groupe « autocentré ». Dans le groupe de supervision, l'essentiel des élaborations porte sur des présentations de cas : la relation des participants à l'animateur est donc constamment médiatisée et les mouvements « intertransférentiels » sont peu visibles et difficilement analysables, compte tenu du poids de la réalité.

■ *Le but*

Les participants veulent, avant tout, améliorer leurs compétences professionnelles. Ils cherchent à approfondir leurs connaissances des mécanismes psychologiques et, parce qu'ils ne peuvent y échapper, ils acceptent d'observer leurs propres réactions affectives et de se remettre quelque peu en question eux-mêmes ; pourtant, s'ils recher-

chaient trop directement un traitement personnel, ils seraient d'assez mauvais participants, dans la mesure où les problèmes posés par leur pratique passeraient au second plan, ce qui pourrait inciter le groupe à dévier de son but initial et à devenir un groupe thérapeutique. Cette résistance par l'autocentrage est bien connue des moniteurs « Balint » expérimentés.

■ *Le processus*

Cette situation particulière mobilise donc une dynamique spécifique et intéressante. Le fait que le psychothérapeute participe au groupe de formation pour des motifs essentiellement professionnels n'exclut pas que se développe, par la situation groupale elle-même, toute une activité fantasmatique inconsciente déterminant un processus groupal aux caractéristiques particulières, qui le distinguent d'un groupe thérapeutique et le rapprochent d'un groupe naturel. Comme dans ce dernier, les interdits implicites portent essentiellement sur ce qui menacerait l'intégrité du groupe et moins sur d'éventuelles transgression sexuelles. Mais, par ailleurs, la situation groupale provoque un mouvement régressif avec réactivation de conflits inconscients, liés à des fantasmes archaïques que l'on ne saurait élaborer, la situation ne le permettant pas. Or ces conflits menacent l'unité du groupe. Une des conséquences de cette situation est l'apparition rapide de mythes paraissant être les garants de l'unité et de la cohésion du groupe. Ces mythes sont un élément indispensable au fonctionnement d'un tel groupe. Sans entrer dans les détails, rappelons qu'il peut s'agir soit de mythes égalitaires (nous sommes tous égaux et sommes unis pour un même but), soit de mythes plus messianiques (schématiquement : l'un des participants « sait » et témoignera aux yeux du monde médical de la qualité du travail accompli, il a eu la révélation de la puissance du psychisme, etc.). Ceci apparaîtra dans l'attitude du groupe face aux cas présentés. Certains fantasmes inconscients circulant dans le groupe se refléteront aussi dans leur « filiation » (leurs liens de succession). L'évolution de ce processus dépendra fortement de l'activité du moniteur ; ce dernier doit d'une part être sensible aux caractéristiques individuelles des cas présentés, d'autre part veiller à ne pas troubler le processus associatif inconscient dont dépend, pour une bonne part, la formation des thérapeutes. Mais il doit aussi respecter l'autonomie professionnelle de ces derniers et leur intimité. À notre sens, il ne devrait jamais perdre de vue le caractère de leur activité et devrait respecter constamment la nature de leur demande, qui est d'essence professionnelle. C'est pourquoi toute évolution du groupe vers un auto-centrage, et une discussion de problèmes personnels, est, en fait, un mouvement « pervers » du groupe, fondé sur une transgression des règles fondamentales.

Le processus de formation par les groupes Balint ne vise donc ni une formation psychanalytique « pure », ni une formation groupale. Il doit permettre au thérapeute, par la « méthode des cas », d'acquérir la possibilité de passer avec plus de facilité de l'investigation psychologique du patient à celle de soi-même et de distinguer sa propre vie interne de celle de son patient. Souplesse de passage de l'écoute psychologique du patient à celle de soi-même, souplesse de passage aussi, de l'écoute à l'acte interprétatif.

La dynamique du groupe Balint est donc très particulière en ceci que son fonctionnement est intermédiaire entre le groupe « allocentré » ou dit « de discussion » et le groupe autocentré de type psychanalytique.

En résumé, un processus groupal bien maîtrisé devrait permettre au thérapeute de conserver sa capacité d'agir psychothérapiquement tout en améliorant sa capacité d'écoute et de passer de l'un à l'autre. C'est certainement là le meilleur moment initiatique pour la problématique de l'inconscient.

■ *Des superviseurs et de leur formation*

Tout ceci requiert, de la part des superviseurs, nombre de qualités que nous décrirons quelque peu superficiellement. Il devrait :

- disposer d'une bonne « écoute » psychanalytique, mais être cependant assez souple pour comprendre les spécificités de l'activité psychothérapique ;
- être attentif au processus associatif groupal, mais être capable de ne pas intervenir sur le groupe dans un sens psychothérapique ;
- être capable à la fois de s'identifier au travail du thérapeute et d'en prendre une certaine distance.

Ces divers points concernent donc :

- la formation psychanalytique du moniteur,
- la formation à la dynamique des groupes (au sens psychanalytique),
- la formation psychothérapique enfin.

■ *Formation psychanalytique de l'animateur*

Elle paraît indispensable à bien des égards. Il semble évident que, pour qu'un tel groupe fonctionne, les participants doivent reconnaître la compétence du superviseur. Or cette compétence se fonde avec tout sur sa capacité d'écoute de l'inconscient : connaissance de soi-même, perception des fantasmes du malade, aptitude à saisir la contre-attitude des thérapeutes. Hors de cette asymétrie où le forma-

teur est reconnu comme l'analyste du groupe, il est peu probable qu'un véritable processus de formation puisse s'engager pour les participants.

■ *Connaissance des mécanismes groupaux*

Une formation à l'approche groupale semble donc aussi nécessaire, dans la mesure où la présence de l'analyste-formateur et les règles de fonctionnement instaurent un processus groupal qu'il s'agit de bien maîtriser. L'animateur devrait reconnaître les mythes mentionnés plus haut, mais savoir les respecter et ne pas les analyser. En ce sens donc il ne devrait pas être trop analyste, ce qui est assez frustrant pour lui dans la mesure où, d'ordinaire, son principal « pouvoir » réside dans sa capacité d'interprétation. Mais ceci peut être compensé, à notre avis, par son savoir psychothérapique.

■ *Formation en psychothérapie psychanalytique*

Des qualifications certaines dans le domaine des interventions psychothérapiques d'inspiration psychanalytique sont aussi indispensables au bon fonctionnement du groupe. Avoir une connaissance approfondie des techniques psychothérapiques, avoir pratiqué soi-même celle qui est enseignée, disposer aussi de connaissances sur les autres méthodes dans ce domaine, permet à l'animateur de mieux prévoir les issues thérapeutiques possibles des cas présentés en tenant compte de sa propre expérience. Il est en effet très frappant de voir combien il est difficile pour la plupart des psychanalystes de s'identifier à la pratique psychothérapique. Un psychanalyste non rompu aux techniques psychothérapiques tend constamment, selon notre expérience, à transposer son expérience de la cure sans tenir compte des modifications conditionnées par le cadre psychothérapique. Par contre, les qualifications psychothérapiques du formateur permettent aux participants de reconnaître un pair en lui. La compréhension mutuelle en est améliorée dans la mesure où ces connaissances favorisent l'identification du formateur aux élèves et vice-versa.

L'enseignant qui, dans ses stages ou dans sa pratique, a dû affronter des situations analogues à celles qui lui sont présentées se trouve dans une position semblable au psychanalyste « initié » à la profession par sa propre psychanalyse.

En résumé, le formateur travaillant en groupe est le garant de la cohésion de ce dernier et sa compétence doit être reconnue. Cette compétence repose sur un triple savoir : savoir psychanalytique qui lui permet de saisir la dynamique de l'inconscient ; savoir groupal,

qui lui permet de supporter d'être l'objet des projections de l'ensemble, de les interpréter, non pour les renvoyer au groupe, mais pour mieux saisir les problèmes de cas présentés en évitant un autocentrage du groupe ; savoir psychothérapique enfin qui offre au leader des possibilités supplémentaires d'identifications.

S'il doit être attentif aux fantasmes mobilisés par les patients présentés, il doit éviter le piège psychothérapique ; s'il doit être attentif à la dynamique inconsciente du groupe, il doit éviter un autocentrage ; s'il doit être attentif enfin aux problèmes de la pratique thérapeutique, il ne doit pas se substituer au psychothérapeute.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE SUR LE PREMIER ENTRETIEN

Questionnaire 1

À remplir par le médecin-traitant *avant* de rencontrer le patient

Nom :	Prénom :	N° dossier :
Médecin traitant :		N° recherche :

1. Mode de venue (exemple : seul, accompagné, etc.)

2. Renseignements en possession du thérapeute avant le début de l'entretien (conditions dans lesquelles le patient a été amené à consulter)

3. Première impression fondée sur les renseignements ci-dessus

Questionnaire 2

À remplir par le médecin traitant *après* les dix premières minutes d'entretien.

4. Comportement non verbal (premier contact) :
- *Dans la salle d'attente :*
- *Dans le bureau :*
- *Présentation* (portrait du patient, en quelques lignes) :

Entretien (dix premières minutes)

1. Attitude (description des émotions présentées par le patient) :

2. Réactions subjectives spontanées du thérapeute ou comportement (description des émotions ressenties par le psychothérapeute) :

3. Caractéristiques de base de la relation (non exclusif, si plusieurs préciser la séquence)
- Symétrique (haute) = recherche mutuelle de la position dominante
- Symétrique (basse) = refus mutuel de la position dominante
- Complémentaire avec thérapeute en position dominante
- Complémentaire avec thérapeute en position dominée
- Complémentaire avec thérapeute et patient en position alternée

4. *Connotation affective de la relation* (non exclusif ; si plusieurs : préciser la séquence)

- Conflictuelle (préciser) :
- Compensatoire (préciser) :
- Coopérante (préciser) :

5. *Contenu verbal*

- Première(s) phrase(s) :
- Plaintes justifiant la demande de consultation :
- Indications données spontanément par le patient concernant le contexte de la consultation :

Premières hypothèses

1. *Première référence à la théorie du fonctionnement psychique. Première hypothèse concernant la structure de la personnalité* (Névrose – état-limite – prépsychose – psychose ; définition en quelques mots) :

Sur quels éléments se fonde cette hypothèse (pour chacun des items ci-dessous, il s'agit de mentionner sur quel(s) élément(s) du questionnaire l'examineur s'appuie).

- *Comportement non verbal* (préciser) :
- *Formulation verbale de la demande* (aspect formel : langage, expression) (préciser) :

• *Caractéristiques verbales de la demande :*
– Reconnaissance verbale d'un conflit intra-psychique (préciser)
– Reconnaissance verbale partielle d'un conflit intra-psychique (préciser)
– Négation verbale d'un conflit intra-psychique (préciser)
– Absence d'une reconnaissance verbale d'un conflit intra-psychique (préciser)

• *Réaction émotionnelle du thérapeute* (préciser) *:*

• *Caractéristiques générales des interactions médecin-malade* (préciser) :

• *Éléments significatifs du contenu du discours du patient* (préciser) :

• *Éléments significatifs du contenu du discours du médecin* (préciser) :

2. *Étayage objectal :*
Hypothèses concernant le prétransfert

• *Répétition :*
• *Changement :*

3. *Hypothèse concernant le déclenchement de la crise actuelle :*

Éléments possibles de vérification :
– événements survenus dans les six derniers mois :

– manière dont le sujet décrit ses relations affectives proches :

4. *Hypothèse concernant le passé du sujet (rétrodiction)*

Hypothèses (en formulation libre) sur la place du sujet dans le triangle œdipien :

Codage d'événements traumatiques précoces

0. Pas d'événement traumatique, présence affective des deux parents dans les limites de la norme.
1. Pas d'événement traumatique, mais présence affective insuffisante
   - 1.1. de la mère
   - 1.2. du père
   - 1.3. des deux parents
2. Séparation temporaire (≥ 6 mois), sans rupture du couple parental,
   - 2.1. de la mère
   - 2.2. du père
   - 2.3. des deux parents
3. Rupture du foyer parental par séparation ou divorce
   - 3.1. le sujet est resté avec sa mère, contact avec le père : < 1 fois/semaine
   - 3.2. le sujet est resté avec son père, contact avec la mère : < 1 fois/semaine
   - 3.3. le sujet est resté avec sa mère, contact avec le père : ≥ 1 fois/semaine
   - 3.4. le sujet est resté avec son père, contact avec la mère : ≥ 1 fois/semaine
   - 3.5. le sujet a gardé un contact étroit avec ses deux parents
   - 3.6. le sujet n'a gardé de contact étroit avec aucun de ses parents
4. Rupture du foyer parental par décès
   - 4.1. de la mère
   - 4.2. du père
   - 4.3. des deux parents
5. Sujet né de père inconnu
6. Sujet adopté dans sa première enfance

Période de survenue de l'événement codé
(si code compris entre 2 et 6)

- *de la conception de l'enfant à l'âge de 9 mois*
- *de 9 mois à 2 ans*
- *de 2 à 6 ans*
- *de 6 à 12 ans*

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER F. and FRENCH T.M. (1946), *Psychoanlytic therapy*, Ronald Press Comp., NY.

ALLPORT Gordon W. (1937), *Personnality : a psychological interpretation*, Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 48.

ANZIEU D. *et al.* (1982), *Le travail psychanalytique dans les groupes 1 et 2*, Dunod, Paris.

ANZIEU D. (1984), « Fantasmatique de la formation psychanalytique », *in* Kaës R., Anzieu D., Vincent L.-V., *Fantasme et formation*, Dunod, Paris.

ANZIEU D. (1976), *L'auto-analyse de Freud*, PUF, Paris.

ANZIEU D. (1979), « Principes et règles de l'analyse transitionnelle », *in* Kaës *et al.*, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, p. 203-205.

ANZIEU D. (1975), « Le transfert paradoxal », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 19 : 49-72.

BALINT M. *et al.* (1939), « Transfert et contre-transfert »? *in Amour primaire et technique psychanalytique*, Payot, Paris, 1972, p. 229-236.

BALINT M. (1949), « Changing therapeutical aims and technique in psychoanalysis », trad. fr. *in Amour primaire et technique psychanalytique*, Paris, Payot, 1972, p. 237-251.

BALINT M. (1972), *Le médecin, son malade et la maladie*, trad. fran. Payot, Paris.

BALINT M. (1952), *Primary love and psychoanalytic technic.*

BARUCH Ph. *et al.* (1992), « The dimensional approach to clinical psychopharmacology : A polysemous concept », *J. of Psychiat. and Neuroscience*, 17(2):55-60.

BATESON G. (1954), « Une théorie du jeu et du fantasme », *in Vers une écologie de l'esprit I*, Seuil, Paris, 1977.

BERGERET J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, Dunod, Paris.

BERGERET J. (1975), *La dépression et les états limites*, Payot, Paris.

BERGIN A.E. and GARFIELD S.L. (1986), *Handbook of psychotherapy research and behavior change*, John Wiley & Sons, New York.

BION W. (1961), *Experiences in groups : and other papers*, Tavistock, London.

BLEGER J. (1967), « Psycho-analysis of the psycho-analytic frame », *in Int. J. Psycho-Anal.*, 48 : 511-519.

BOUVET M. (1960), « Dépersonnalisation et relations d'objet », *in Œuvres psychanalytiques I.*, Payot, Paris, 1967, p. 295-435.

BRUSSET B. (1988), *Psychanalyse du lien*, Le Centurion, Paris.

DAVID C. (1972), « La perversion affective », *in La sexualité perverse*, Payot, Paris, p. 195-230.

DESPLAND J.-N. et coll. (1994), « Les interruptions précoces de psychothérapies : étude rétrospective », *Psychothérapies*, 1, 3-15, Genève.

DIATKINE (1968), « En relisant en 1966 Analyse terminée et analyse interminable », *Revue fran. psychanalyse*, XXXIII.

DONNET J.-L. et GREEN A. (1973), *L'enfant de ça. La psychose blanche*, Minuit, Paris.

DSM III R (1989), Critères diagnostiques, trad. fran. de « Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders », Masson, Paris.

ENGEL G.L. (1977), « The need for a a new medical model : a challenge for biomedicine », *Science*, vol. 196, p. 4286.

FAIRBAIRN W.R.D. (1952), *Psychoanalytic studies of the personality*, Tavistock, London, p. 3-27.

FERENCZI S. (1919a), « Perspectives de la psychanalyse », *in Psychanalyse 3*, Payot, Paris, 1974.

FERENCZI S. (1919b), « L'influence exercée sur le patient en analyse », trad. franç. *in Psychanalyse 3*, Payot, Paris, 1974.

FREUD S. (1900), *Die Traumdeutung, Gesammelte Werke*, t. II et III, 1929. Trad. franç. : *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.

FREUD S. (1905), « Dora », *in Cinq psychanalyses*, traduction française, PUF, Paris, 1975, page 17.

FREUD S. (1905/1953), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.

FREUD S. (1912), « La dynamique du transfert », *in La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1967.

FREUD S. (1913), « Le début du traitement », *in La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1967, p. 80-104.

FREUD S. (1914), « Remémoration, répétition, perlaboration », *in La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1966.

FREUD S. (1915), « Observation sur l'amour de transfert », *in La technique psychanalytique*, traduction française, PUF, Paris, 1967.

FREUD S. (1915), « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique », *in Névrose, psychose et perversion*, PUF, Paris, 1978.

FREUD S. (1917), *Introduction à la psychanalyse*, traduction française, Payot, Paris, 1966.

FREUD S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », *in Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1970.

FREUD S. (1923), « Le Moi et le Ça », tr. fr. *in Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1970, p. 186-234.

FREUD S. (1937), « Analyse terminée et analyse interminable », *RFP*, tome XXXIX, mai-juin 1975, p. 394-402.

FREUD S. (1938), *Abrégé de psychanalyse*, trad. franç. PUF, Paris, 1975, p. 54.

GABBARD G.O. (1990), « Psychodynamic Psychiatry », *in Clinical practice*, American Psychiatric Press, Washington DC.

GARDINER M. (1981), *L'homme aux loups par ses psychanalsytes et par lui-même*, Gallimard, Paris.

GILL M. *et al.* (1954), *The initial interview in Psychiatric Practice*, New York, International Universities Press inc.

GILLIÉRON E. (1975), « Névrose et famille », *in thérapie de groupe et milieu social*, Hans Huber, Berne, p. 189-197.

GILLIÉRON E. (1979), « Primal Fantasies Promoter of Family homeostasis », *in Expcerpta Medica.*

GILLIÉRON E. (1979), « Psychanalyse et Système sont-ils inconciliables ? », *in Co-thérapies et co-thérapeutes, annales de psychothérapies*, ESF, Paris, p. 61-73.

GILLIÉRON E. (1980), « La fonction des mythes dans l'équilibre des groupes. Quelques hypothèses », *Revue européenne des sciences sociales et Cahiers Vilfredo Pareto*, t. XVIII, 53 : 97-120, Droz, Genève.

GILLIÉRON E. ((1983), *Aux confins de la psychanalyse*, Payot, Paris.

GILLIÉRON E. (1984), « Catastrophes and psychiatry », *Proceedings 4th International Seminar on Nuclear war*, edit. : E. Etim, S. Stipchich.

GILLIÉRON E. (1987), « Setting and motivation in brief psychotherapy », *Pyschother. Psychosom.*, 47/2 : 105-112.

GILLIÉRON E. (1989), « Evaluation of the patient's motivation for treatment during the first interview », *Am. J. Psychotherapy*, XLIII, 4, oct.

GILLIÉRON E. (1989), *Les psychothérapies brèves*, 2ème édition, PUF, Paris.

GILLIÉRON E. (1983/1992), *Les psychothérapies brèves*, PUF, Paris.

GILLIÉRON E. (1992), « Cadre et processus », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 18, p. 77-86.

GREEN A. (1973), *Le discours vivant*, PUF, Paris, p. 251.

GRESSOT M. (1963), « Psychanalyse et psychothérapie ; leur commensalisme », *Congrès des psychanalystes de langues romanes*, Paris, juillet.

HAYNAL A. (1977), « Le sens du désespoir », *Revue française de psychanalyse*, PUF, Paris.

HAYNAL A. (1987), *La technique en question*, Payot, Paris.

JACOBSON E. (1964), *The self ans the object world*, Int. Univ. Press, New York.

KAËS R. *et al.* (1979), *Crise, rupture et détachement*, Paris, Dunod.

KAËS R. *et al.* (1984), *Fantasme et formation*, Paris, Dunod.

KAËS R. *et al.* (1976), *Éléments pour une théorie de la transitionnalité. Ruptures et création dans les processus de changement*, Laboratoire de psychologie clinique et pathologique, Université de Provence, ronéoté, 60 p.

KASPI R. (1979), « L'histoire de la cure psychanalytique de Madame Oggi », *in* Kaës *et al., Crise, rupture et dépassement, analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale*, Dunod, Paris, p. 147-183.

KERNBERG O. (1972), « Treatment of borderline patients », in Giovacchini P.L. (ed.), *Tactics and technique in psychoanalytic therapy*, Science House, New York, p. 254-290.

KERNBERG Otto F. (1989), *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapiques*, PUF, Paris, p. 17.

KLEIN M. (1940), « Mourning and its relation to manic depressive states », trad. fr. *in Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1967.

KLEIN M. (1946), « Notes on some schizoid mechanisms », trad. fr. *in Développements de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1966, p. 274-300.

LAPLANCHE et PONTALIS (1967), *Dictionnaire de psychanalyse*, PUF, Paris.

LAPLANCHE S. et PONTALIS J. (1964), « Fantasme originaire, fantasmes des origines, origine du fantasme », *Les temps modernes*, n° 215, p. 1833-1868.

LÉVI-STRAUSS C. (1961), *Anthropologie structurale*, Paris, Plon-Julliard.

MALAN D. (1963), *A study of brief psychotherapy*, Tavistock Pub., London.

MALAN D. (1976), *Toward the validation of dynamic psychotherapy*, Plenum med. book comp. New York.

MANNONI M. (1965), *Le premier rendez-vous avec la psychanalyste*, Genève, Denoël-Gonthier.

MICHEL L., PETER D., GILLIÉRON E. (1983), « Focalisation par le patient en psychothérapie brève », *Psychothérapies 3*, p. 195, 199.

MORRIS D. (1977), *Manwatching*, Harry N. Abrams, New York.

RACAMIER P.-C. (1987), « De la perversion narcissique », *Gruppo*, 3 : 11-24.

ROSOLATO G. (1969), *Essais sur le symbolique*, Paris, Gallimard.

SCHEFLEN A. (1973), *How beahvior means*, Gordon and Breach, New York.

SIFNEOS P. (1987), *Short-term dynamic psychotherapy evaluation and technique*, Penum, New York.

SIFNEOS P. (1972), *Short-term psychotherapy and emotional crisis*, Harvard University Press.

SPITZ R.A. (1955), « Transference : the analytical setting and its prototype », *Int. J. Psycho-Anal*, 37 : 3890-385, 1956.

STERN D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, Paris.

STRACHEY J. (1970), « La nature de l'action thérapeutique de la psychanalyse », *Rev. fran. psychanal.*, 2, p. 255-284.

SZTULMAN H. (1978), *Œdipe et psychanalyse d'aujourd'hui*, Toulouse, Privat.

THIBAUDEAU M. (1986), *La première entrevue en psychothérapie*, Le méridien, Ottawa.

VAILLANT George E. (1992), *Ego mechanisms of defense*, American Psychiatric Press, Inc. Washington.

VARELLA F.J. (1989), *Autonomie et connaissance*, Seuil, Paris.

WINNICOTT D.W. (1954), « Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up », trad. fran. in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, p. 131-148.

WIDLÖCHER D. (1970), « La fonction psychothérapique du psychiatre, problèmes de formation », *L'Évolution psychiatrique*, Privat, Toulouse, p. 793-800.

INDEX

Abstinence, 34, 100, 114, 148, 171
Affect en 1re rencontre, 114-115
Alexithymie, 150
Anamnèse, 98-107, 128
Angoisse
– spécifique de séparation, de castration, 29-30, 74, 75, 115, 140, 165-167, 178, 206-207
– automatique, 16, 17
Appareil psychique, 13-15, 23, 24, 28, 59, 143
Association, 4, 15, 19, 91, 103 193, 203
Biologique, 22, 36, 38, 41-43, 49, 54, 67, 194, 214
Borderline (*voir* État limite)

Cadre (setting), 5, 6-8, 13-34, 59, 83-95, 129, 160-164, 169, 172-173, 182, 183-184, 192
Caractère, 44-46, 126, 206
Catharsis, 15-17
Changement initial, 195-196, 199-200
Classification
– des troubles de la personnalité, 37, 139-141, 144-148
Complexe d'Œdipe, 58, 59, 63, 64, 104, 144, 176, 184
Conflit psychique (intrapsychique), 17-19, 21, 23, 24, 163, 185, 202
Contre-transfert, 77, 78, 92, 99, 100, 103, 109, 114, 118, 131-132, 148, 160, 164, 165-167, 174-179, 186-187, 201, 206
Corps (soma), 40-44, 144
Crise, 9, 66, 166-118, 126, 133, 139, 178, 193, 199, 206, 215

Début de la psychothérapie, 50-51, 75, 116, 130
Décharge (pulsionnelle), 18, 144
Défense (mécanisme), 5, 19, 117, 126, 127, 135, 140, 166-168, 215
Demande, 105-121, 130, 134-135, 148, 167, 170, 180, 189, 192-193, 196, 204, 213, 215-216
Dépendance, 55, 99, 110, 115, 185
Désir, 58-60, 62-63, 131-132, 141-144, 149, 166, 187
Développement (de la personnalité), 39, 47-49, 50-79
Durée de la psychothérapie, 193, 214-215, 217

Environnement, 9, 17, 18, 19, 24, 27, 34, 38, 40, 44, 49, 53-55, 58-59, 68, 133, 138, 139, 143, 172, 184
Espace transitionnel, 56-57, 63, 146
État-limite, 1, 53-54, 110-111, 118, 135, 140-141, 147, 178
Étayage, 9-10, 39, 51, 93, 116-117, 126-128, 133, 139, 141, 148, 164-168, 171-179, 194

Fantasmatisation (primaire, secondaire), 65-77, 95, 145, 146, 147
Fantasme, 20, 49, 59, 75, 94, 127, 129-133, 141, 163, 183, 218, 224
– originaire, 60-63, 145, 147, 176
Frustration (expérience), 59, 94, 129

Génération (différence des –), 61, 176
Hypothèse, 100-106, 117, 119-121, 128, 136-138, 160, 164, 167, 196, 201, 204, 206, 216
Hystérie, 17-20, 77, 148

Identification projective, 76, 93
Image (paternelle, maternelle, narcissique), 73, 132-133, 187
Imaginaire, 68, 70, 130, 183-184, 186, 193

Inconscient, 4, 7, 14-20, 30, 33, 45, 99, 114, 178, 217
Interprétation, 2, 15, 77, 92, 179, 187
Interprétation initiale, 103, 134, 149, 195-196, 204-208
Interruption de traitement, 32, 194
Investigation (durée de l'–), 194-195
Jeu, 48, 72-76, 77-78

Langage, 48, 115-121
Lien, 65, 67, 71, 146, 208
Mentalisation, 14, 44, 48, 65, 67, 144, 149-150, 159, 213
Métapsychologie, 23-24, 26, 56-58
Moi, 24-25, 45-46, 71-77, 117
Motivation, 8-9, 92, 116, 169-170, 184-186, 188, 192

Narcissisme, 67, 72, 117, 146, 152
Neutralité, 22, 34, 90, 92-93, 127, 176, 208
Névrose, 1, 17-20, 25-26, 28, 29, 140-141, 153-155, 176, 199
– (ou syndrome) d'échec, 140
– d'abandon, 55, 140
– de caractère, 110, 118, 135, 140
– de transfert, 5, 31
Non-verbal, 86-87, 89, 93, 99, 107, 108-115, 167, 179

Objet
statut de l'–, 56, 66, 126, 141, 177
– externe, 45, 57, 71-77, 142, 146, 176, 199
– interne, 93, 129, 132, 141-142, 176, 199, 205
– transitionnel, 62, 64, 75
Obsessionnel (personnalité –), 148
Œdipe (constellation), 104, 144, 205

Personnalité (organisation), 9, 40-50, 51, 90, 106, 125-139, 141, 146
Pervers/organisation perverse, 90, 128, 147, 152, 178
Phobique (personnalité –), 73, 148
Plaisir, 23, 26, 67, 68
Préobjet, 65, 66, 68, 146
Prescripteur, 108-110, 112, 118, 173-176, 180-183, 185-186
Problèmes intrapsychiques, 74, 130, 160
Psychose (psychotique), 1, 53, 64, 68, 90, 135, 140, 146, 147, 176
Psychosomatique, 1, 25, 54, 144
Pulsions, 56, 64, 105, 128, 143, 146
Pulsions (d'auto-conservation, de vie, de mort), 23-24, 25, 26, 30, 32

Regard, 92-93
Règles, 85, 90-92, 176
Relation, 144
– interpersonnelle, 6, 7, 51, 53, 87, 90, 99-100, 126, 129-133, 142-160
– d'objet, 45, 50, 57, 67, 116, 140-141, 194-195
– thérapeutique, 6, 14-15, 16, 24, 85, 87-88, 89-90, 100, 127, 143, 162, 164-168, 186-188, 191-194
Répétition, 23, 29, 31-32, 33-34, 101, 131, 132, 162, 169, 170, 205, 216
Résistances spécifiques (en psychothérapie), 4, 13, 16, 20, 23, 25, 26, 32, 77, 92, 103, 163, 166, 170

Séparation/perte, 64-65
Sexe (différence des –), 58, 61, 74, 76, 145-146, 176, 177
Sexualité (développement), 28-29, 58-59, 64, 67, 143
Statut du thérapeute/du patient, 88-90, 169-171, 177, 190-191
Structure (de la personnalité), 25, 44, 45-46, 141, 161
Symbiose, 64, 68
Symbolique, 60, 63, 68, 71, 75-76, 79, 145, 205
Systémique, 51, 53, 73, 77, 86

Technique thérapeutique, 3-6, 18-20, 22, 25, 53, 75
Temporalité, 4, 6-7, 47-50, 91
Théorie (rôle dans la psychothérapie), 3-6, 17, 20, 33, 37, 83, 84, 103, 192, 220-222
Topiques, 20-22, 23-27
Transfert, 5, 21-22, 28, 30-32, 33, 77, 92, 103, 130, 148, 211, 213
– initial (prétransfert), 103, 168, 205
Traumatisme, 14, 17, 20-21, 25, 28-29

Imprimerie GAUTHIER-VILLARS, Paris
Dépôt légal, Imprimeur, n° 4245
Dépôt légal : octobre 1994 *Imprimé en France*

COLLECTION *THÉRAPIE*

LE PREMIER ENTRETIEN EN PSYCHO-THÉRAPIE

E. GILLIÉRON

Les pratiques cliniques actuelles ont montré la nécessité de techniques d'intervention initiales efficaces pour les patients souffrant de difficultés psychologiques.

Cet ouvrage fournit pour le clinicien, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute :

- **les points de repère pour un diagnostic psychodynamique précoce,**
- **les principes techniques rigoureux d'interprétation permettant la prescription d'un processus psychothérapique psychanalytique de brève ou de longue durée.**

L'auteur a constamment centré son travail sur la recherche des effets thérapeutiques de la psychanalyse. Sa démonstration de l'efficacité des psychothérapies brèves s'appuie sur une théorie nouvelle du fonctionnement psychique montrant comment le patient prend appui sur son entourage affectif pour maintenir son équilibre psychologique.

Reposant sur une expérience clinique de plus de vingt ans, cet ouvrage constitue un précieux outil d'observation et de pratique clinique pour tous ceux qui ont à soigner les troubles psychologiques.

Le docteur Edmond Gilliéron, psychiatre, psychanalyste, associé de psychiatrie et médecin chef de la Policlinique ur Lausanne.

9 782100 020171

ISBN 2 10 002017 X
Code 042017

01001726 08:15
2:81:2